

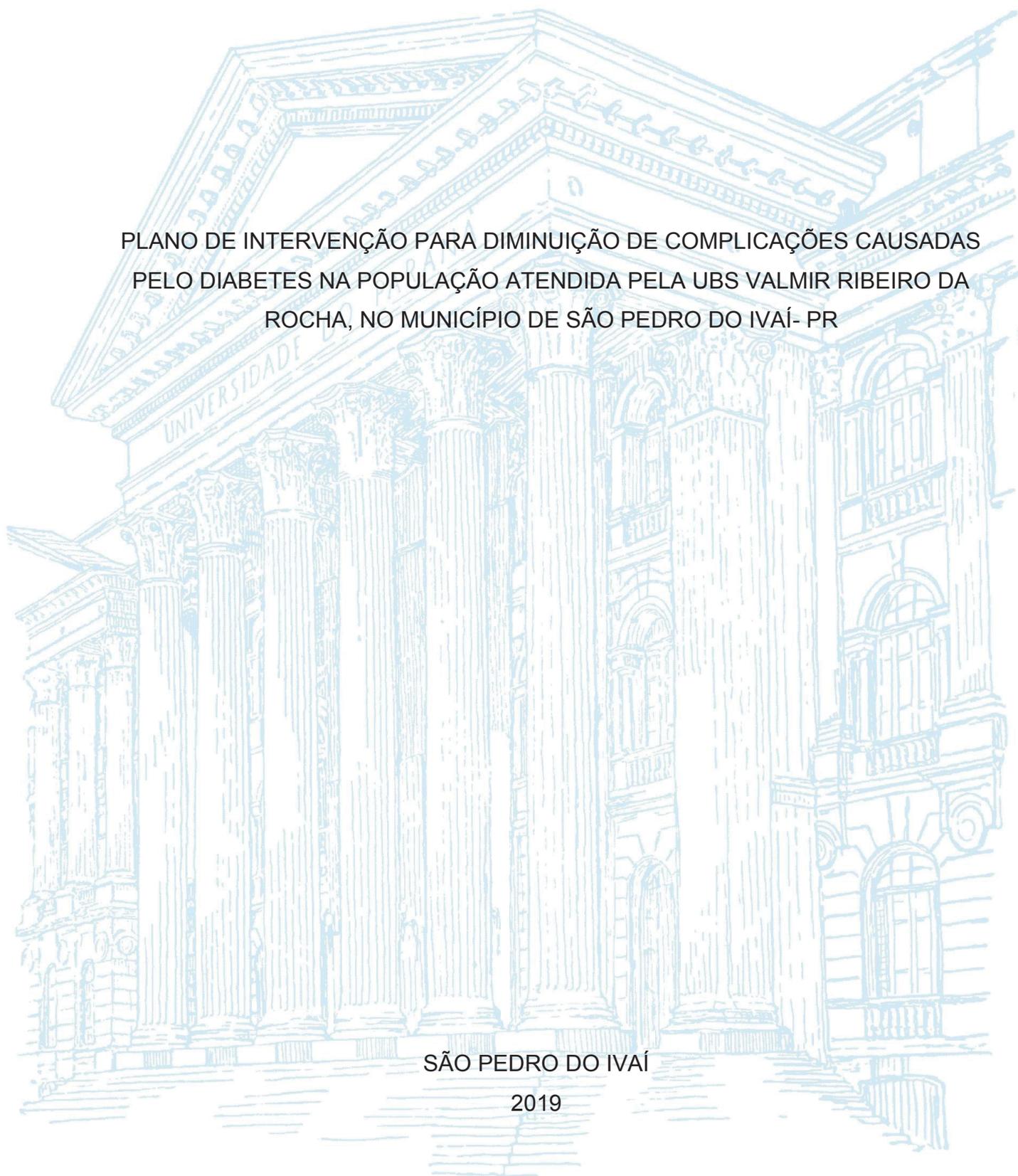
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VAGNER JUNIOR VIEIRA ESTEFANI

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE COMPLICAÇÕES CAUSADAS  
PELO DIABETES NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA UBS VALMIR RIBEIRO DA  
ROCHA, NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DO IVAÍ- PR

SÃO PEDRO DO IVAÍ

2019



VAGNER JUNIOR VIEIRA ESTEFANI

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE COMPLICAÇÕES CAUSADAS  
PELO DIABETES NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA UBS VALMIR RIBEIRO DA  
ROCHA, NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DO IVAÍ- PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Fernanda Moura  
D'Almeida Miranda

SÃO PEDRO DO IVAÍ

2019

Dedico esse trabalho a minha esposa e companheira de vida Bruna Luise, e a equipe da unidade básica de saúde da UBS Valmir Ribeiro da Rocha.

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana"  
(Carl Jung, 1875 – 1961)

## RESUMO

Este plano de Intervenção trata da sensibilização dos portadores de diabetes da Unidade Básica de Saúde Valmir Ribeiro da Rocha, no município de São Pedro do Ivaí no estado do Paraná, cujo objetivo é aumentar a adesão ao tratamento proposto com a finalidade de diminuir as complicações causadas por este agravo. Este plano é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Paraná, financiado pelo Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. O objetivo geral do projeto foi desenvolver um plano de ação para diminuir as complicações cardiológicas causadas pelo absenteísmo dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus e os objetivos específicos foram capacitar a equipe de saúde através de educação continuada para a execução do plano; realizar ações educativas que estimulem os pacientes portadores de Diabetes Mellitus para o tratamento correto, hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividades físicas regulares; criar um grupo de hipertensos e diabéticos para a realização de atividade física regular; criar uma parceria com outros órgãos de saúde para prestar o cuidado integral; monitorar a adesão ao tratamento prescrito pelos pacientes portadores de Diabetes Mellitus por meio de visitas domiciliares. O método utilizado foi a pesquisa-ação que segue três passos. O primeiro passo foi a identificação do problema através do diagnóstico situacional da área, o que nos possibilitou ter uma visão dos principais problemas enfrentados pela comunidade. O passo seguinte foi a revisão de literatura para a capacitação da equipe e embasamento para o planejamento do projeto e o último passo foi a elaboração do plano de intervenção. O plano de intervenção foi realizado no mês de maio de 2019 na Unidade Básica de Saúde Valmir Ribeiro da Rocha. A primeira ação contou com 43 participantes, a segunda ação contou com 36 participantes, e o grupo de hiperdia a participação variou de 25 a 45 pessoas. Os profissionais de saúde que contribuíram para as oficinas foram: nutricionista, profissional de educação física e toda a equipe de profissionais da unidade. Através do plano de intervenção a equipe teve acesso a mais informação, o que possibilitou esta a melhor orientar a população. O acesso à informação por parte dos usuários ajudou a conhecer as complicações que podem ser causadas pela não adesão ao tratamento da diabetes e suas consequências para a sua saúde. As ações de saúde desenvolvidas possibilitaram demonstrar aos usuários os riscos existentes devido à falta de tratamento, o que permitiu a conscientização e a responsabilização dos mesmo com seu próprio tratamento do diabetes. Esse plano tem grande importância tanto para a comunidade como para a equipe e para gestão, pois através do controle do diabetes, diminuirão as complicações causadas pelo mesmo.

Descritores: Diabetes Mellitus, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

This Intervention plan addresses the awareness of diabetes patients at the Valmir Ribeiro da Rocha Basic Health Unit, in the municipality of São Pedro do Ivaí in the state of Paraná, whose objective is to increase adherence to the proposed treatment in order to reduce the complications caused. for this grievance. This plan is a result of the Specialization Course in Primary Care of the Federal University of Paraná, funded by the Open University of the Unified Health System. The overall objective of the project was to develop an action plan to reduce the cardiac complications caused by patients with absenteeism. Diabetes Mellitus and the specific objectives were to enable the health team through continuing education to implement the plan; perform educational actions that encourage patients with diabetes mellitus for the correct treatment, healthy eating habits and the practice of regular physical activities; create a group of hypertensive and diabetic people to perform regular physical activity; create a partnership with other health agencies to provide comprehensive care; monitor adherence to treatment prescribed by patients with diabetes mellitus through home visits. The method used was the action research that follows three steps. The first step was the identification of the problem through the situational diagnosis of the area, which allowed us to have a vision of the main problems faced by the community. The next step was the literature review for team capacity building and project planning background and the last step was the elaboration of the intervention plan. The intervention plan was carried out in May 2019 at the Valmir Ribeiro da Rocha Basic Health Unit. The first action had 43 participants, the second action had 36 participants, and the hyperdiarity group ranged from 25 to 45 people. The health professionals who contributed to the workshops were: nutritionist, physical education professional and the entire team of professionals of the unit. Through the intervention plan the team had access to more information, which enabled it to better guide the population. Access to information by users has helped to understand the complications that may be caused by non-adherence to diabetes treatment and its consequences for their health. The health actions developed made it possible to demonstrate to users the risks that exist due to lack of treatment, which allowed their awareness and accountability with their own treatment of diabetes. This plan is of great importance to both the community, staff and management, as by controlling diabetes, the complications caused by it will decrease.

Descriptors: Diabetes Mellitus, Health Education, Primary Health Care

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Diabetes.....	25
FIGURA 2 – Ação educativa referente a alimentação do diabético.....	29
FIGURA 3 – Ação educativa a importância da atividade física para o diabético .....	30
FIGURA 4 – Grupo de hiperdia .....	31

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Cronograma.....	22
QUADRO 2: Comparativo da assiduidade das consultas antes e depois do plano de intervenção.....	32

## **LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

CRAS - Centro de Referência das Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado da Assistência Social

DM- Diabetes Mellitus

EAD- Ensino a Distância

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF- Federação Internacional de Diabetes

IMC- Índice de Massa Corporal

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PETI- Programa de Irradicação d Trabalho Infantil

PSE- Programa Saúde da Escola

PSF- Programa Saúde da Família

SPI- São Pedro do Ivaí

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNA- SUS- Universidade Aberta do SUS

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1	Aspectos gerais .....	16
1.2	DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA .....	18
1.3	Justificativa .....	18
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
2.1	OBJETIVOS GERAIS .....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
<b>3</b>	<b>METÓDO .....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aspectos gerais

O município de São Pedro do Ivaí está localizado do estado de Paraná e segundo estatística do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística tem 10.167 habitantes (IBGE, 2019). A Unidade Básica de Saúde (UBS) Valmir Ribeiro da Rocha está localizada no distrito de Marisa e atende aproximadamente 1.061 pessoas. Trata-se de uma população com um número elevado de idosos, diabéticos e hipertensos, aproximadamente 650 pessoas. (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019).

A equipe de saúde desta unidade realiza o atendimento à população urbana e em maior número à moradores da zona rural. O perfil sócio demográfico da população atendida é de baixa renda e escolaridade. As comorbidades apresentadas por esta população estão relacionadas ao sedentarismo, o que contribui para o elevado número de pacientes aproximadamente 250 com Índice de massa corporal (IMC) está acima de 30 caracterizando a obesidade, uma preocupação da equipe de saúde desta UBS.

Outro fator preocupante é a baixa adesão medicamentosa devido a crença de grande parte da população em ervas medicinais. Entretanto, a partir das orientações realizadas a população é possível apresentar a importância do uso dos medicamentos concomitantemente com o uso de medicamentos naturais, o que pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento prescrito. A equipe de saúde da UBS Valmir Ribeiro da Rocha é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, quatro agentes comunitários de saúde, um motorista, e uma zeladora. O horário de funcionamento da unidade é diurno (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019).

Esta equipe busca incentivar uma vida mais saudável como: a prática de exercícios físicos regulares por meio de caminhadas e da utilização da academia da terceira idade. Também, é orientado a mudança de hábitos alimentares por meio da substituição dos alimentos calóricos e industrializados por alimentos mais nutritivos e naturais. Outro fator de destaque é que a equipe procura estabelecer uma relação de confiança e empatia com os pacientes e principalmente os idosos, crianças e pessoas não alfabetizadas.

Aos pacientes hipertensos e diabéticos são realizadas visitas semanais pela equipe de enfermagem e pelos agentes de saúde, no qual são dispensados

medicamentos para uso em 30 dias. Durante, as visitas são explicadas de forma lúdica por meio de desenhos como devem ser tomados os medicamentos prescritos e explicado a forma de uso e horário correto para o seu para os pacientes analfabetos.

A equipe de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) rural é formado a partir do Distrito de Marisa, das Vilas Rurais Vida Feliz e Deus Presente, e das localidades de Dois Palmitos, de Saqueta e de propriedades rurais, que formam o município de São Pedro do Ivaí. O distrito de Marisa localiza-se há aproximadamente 18km da sede do Município de São Pedro do Ivaí. As demais localidades rurais ficam ao sul e leste do município (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019).

As atividades da equipe de saúde são realizadas através de (04) quatro unidades básicas de saúde, no horário diurno sendo uma localizada na área central, outra na periferia, uma ao lado do hospital e a quarta unidade localizada no Distrito de Marisa, que atende a população mais distante. Conta com três equipes do PSF, sendo estas divididas em: duas equipes de PSF na sede e uma equipe de PSF na zona rural, todas com equipe de saúde bucal.

O atendimento hospitalar é realizado na Santa Casa Maria Santíssima, sendo este uma unidade hospitalar de pequeno porte e uma entidade filantrópica. Os três laboratórios localizados no município mantem convênio com a prefeitura municipal. A quarta unidade básica de saúde é a sede da vigilância epidemiológica e sanitária do município. Também, possui o centro de convivência onde são desenvolvidos os atendimentos como os profissionais da fisioterapia, da fonoaudiologia, da psicologia e atividades com orientação de um educador físico na academia da terceira idade. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) conta fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, e educador físico. (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019).

O município credenciou o atendimento com as seguintes especialidades médicas: otorrinolaringologista, ortopedista e cardiologista que atendem de 2 a 3 vezes ao mês (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019)

A prefeitura possui em sua estrutura serviços de assistência social que é composto por centros de apoio aos cidadãos como: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência especializado de Assistência Social (CREAS) e Conselho Tutelar. Estes serviços desempenham papel importante para toda a população (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019). O sistema educacional conta com três escolas das redes municipais, quatro estaduais, três creches, um Programa de erradicação do Trabalho Infantil (PETI), além de um polo de Ensino a Distância (EAD)

de uma universidade particular. No distrito de Marisa possui uma escola municipal, uma estadual e uma creche (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019).

É realizado ainda Programa Saúde nas Escolas (PSE), no qual são desenvolvidos palestras, campanhas, escovação e bochecho de flúor com os alunos das escolas que estão nomeadas na adesão ao PSE (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019).

A população atendida pela UBS Valmir Ribeiro da Rocha é em sua totalidade residente na zona rural e cultiva cana-de-açúcar. As propriedades são de agricultura familiar, e outros agricultores trabalham por diárias ou empreitadas (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019).

## 1.2 Descrição e explicação do problema

Ao analisar o diagnóstico situacional foi identificado vários problemas que merecem atenção na comunidade coberta pela UBS Valmir Ribeiro da Rocha, porém destaca-se a prevalência de aproximadamente 107 pacientes com alto risco cardiovascular devido não adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus (DM) (SÃO PEDRO DO IVAÍ, 2019). Ao iniciar os atendimentos no Distrito de Marisa observou-se durante as consultas e análises de prontuário que 30% dos pacientes portadores de DM não realizavam o tratamento adequadamente devido à maus hábitos alimentares, ao sedentarismo e ao não acompanhamento regular com o médico. A equipe de saúde da UBS Valmir Ribeiro da Rocha, vêm buscando melhorar essa realidade por meio de orientações e das consultas do Programa Hiperdia que acontecem 1 vez por semana. O programa de hiperdia consiste no acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, através de ações educativas e consultas periódicas.

Acredita-se que com a implantação de um plano de intervenção sobre essa temática seja possível melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes portadores de DM e por consequência haja uma diminuição das doenças cardiovasculares causadas pelo mesmo.

## 1.3 Justificativa

A realização desse plano de intervenção é importante para os pacientes portadores de DM residentes na área de cobertura da UBS Valmir Ribeiro da Rocha para que possa ser reduzida as complicações causadas por esta doença. Ressalta-

se que estas complicações são causadas pela não adesão ao tratamento correto, aos maus hábitos alimentares e pela falta da atividade física.

Abordar este tema é de grande relevância tanto para população, quanto para os gestores. Entende-se que o trabalho de prevenção e promoção a saúde é o principal objetivo da atenção primária em saúde. Sabe-se que algumas doenças cardiológicas são causadas pela DM e custam mais caro para os cofres públicos tratá-las do que investir em ações para preveni-las. Isso, quando essas complicações não levam os pacientes diabético ao óbito, que muito vezes ocorre precocemente.

A equipe de saúde da UBS Valmir Ribeiro da Rocha dispõe recursos materiais e humanos para desenvolver o plano de intervenção e dos profissionais estarem motivados para a elaboração e execução do mesmo.

Este plano trará um aprofundamento teórico à equipe e contribuirá para que a população seja esclarecida sobre o DM e suas formas de tratamento e prevenção. Acredita-se que por meio das orientações e das consultas do Programa Hiperdia seja possível aumentar a assiduidade dos pacientes portadores de DM.

O plano de intervenção é de interesse da comunidade, pois diminui as complicações cardiológicas, e ao intervir nessas complicações acarreta em melhoria na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. As sequelas do tratamento inadequado para DM são as doenças cardiológicas e o óbito precoce, o que pode comprometer toda uma família devido aos cuidados especiais e ao luto. O plano de intervenção também é do interesse da equipe, que visa acolher e promover a saúde da população da comunidade.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um plano de ação para diminuir as complicações cardiológicas causadas pelo absenteísmo dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus em uma Unidade Básica de Saúde de São Pedro do Ivaí - Paraná.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a equipe de saúde através de educação continuada para a execução do plano.
- Realizar ações educativas que estimulem os pacientes portadores de Diabetes Mellitus para o tratamento correto, hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividades físicas regulares.
- Criar um grupo de hiperdia (hipertensos e diabéticos) para a realização de atividade física regular.
- Criar parceria com outros órgãos de saúde para prestar o cuidado integral.
- Monitorar a adesão ao tratamento prescrito pelos pacientes portadores de Diabetes Mellitus por meio de visitas domiciliares.

### 3 MÉTODO

O plano de intervenção trata-se de uma pesquisa-ação e que foi desenvolvido na comunidade atendida pela UBS Valmir Ribeiro da Rocha, em especial para os portadores de DM, na cidade de São Pedro do Ivaí, no estado do Paraná.

Para Thiollent (2007) a pesquisa-ação pode ser compreendida como: “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação (ou mais ações) ou com a resolução de um problema coletivo, e onde pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

A organização do plano de intervenção aconteceu através das fases da pesquisa de ação: a) Exploratória; b) Interesse do tema; c) Definição do problema; d) Base teórica; e) Elaboração da proposta; f) Implantação; e g) Avaliação do impacto.

A fase exploratória consistiu na identificação do problema através do diagnóstico situacional da área, o que nos possibilitou identificar os principais problemas enfrentados pela comunidade. O interesse pelo tema surgiu pela identificação da principal necessidade enfrentada pela comunidade. Na UBS Valmir Ribeiro da Rocha, o problema selecionado para ser enfrentado foi o número preocupante de pacientes 107 pessoas com alto risco cardiovascular devido a falta do tratamento assíduo da DM. Para realizar a descrição do problema e identificar suas causas, foram utilizados dados da equipe, tais como cadastros, mapas e prontuários, e também foram realizadas visitas domiciliares que nos permitiu conhecer a realidade enfrentada por cada família e assim foram definidas as causas do problema e como a equipe poderia enfrenta-las.

Para o planejamento e elaboração do plano de intervenção foram realizadas pesquisas em artigos nas bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Ministério da Saúde e Google acadêmico por meio dos seguintes palavras-chaves: Atenção primária de saúde. Diabetes Mellitus. Cardiopatias.

O plano de intervenção consiste em quatro estratégias a serem realizadas: a primeira é a realização de ações educativas que tem como finalidade conscientizar a população acerca dos riscos das complicações cardiológicas que podem ser causadas pelo diabetes, se ele não for tratado corretamente. A segunda estratégia refere-se sobre a criação de um grupo de hiperdia (hipertensos e

diabéticos) para a realização de atividades físicas 2 vezes por semana, a fim de implantar a prática e o hábito da realização de atividades físicas para manutenção da saúde e controle do Índice de massa corporal (IMC). A terceira estratégia é a realização de parceria com outros órgãos de saúde para dispor do apoio dos profissionais de nutrição e de educação física. Por último, a implantação do acompanhamento periódico do paciente diabético, a fim de acompanhar de perto o tratamento e controle da doença.

Para o planejamento da implantação do plano a equipe se reuniu periodicamente, e elencou as estratégias, definiu os recursos necessários e dividiu as responsabilidades e estipulou os prazos para a execução do plano.

Atualmente estão cadastrados 107 usuários portadores de DM, dos quais foram convidados a participar do plano de intervenção, a fim de estimular o tratamento assíduo e diminuir as complicações cardiológicas causadas por essa doença.

QUADRO 1: CRONOGRAMA AS AÇÕES EDUCATIVAS NA UBS

Operação	Resultados esperados	Recursos necessários	Responsáveis	Prazo
Ação educativa sobre alimentação dos usuários diabéticos	Comunidade consciente e com melhores hábitos alimentares	Organizacional: Disponibilidade na agenda dos profissionais envolvidos. Econômico: Aquisição de material didático. Político: Articulações entre órgãos de saúde.	Equipe da UBS e Nutricionista do município.	3 meses (abril, maio e junho)
Ação educativa sobre a importância da prática de atividades físicas.	Comunidade mais ativa e comprometida com o autocuidado.	Organizacional: Disponibilidade na agenda dos profissionais envolvidos. Econômico: Aquisição de	Equipe da UBS e profissional de educação física do município	3 meses (abril, maio e junho)

		material didático. Político: Articulações entre órgãos de saúde.		
Criação do grupo de hiperdia	Diabetes e hipertensão controlados, e promoção da integração social	Organizacional: Local para realização das atividades do grupo. Econômico: Aquisição de materiais tais como bolas e colchonetes. Político: Aprovação das autoridades municipais (secretaria de saúde e prefeitura)	Profissional de educação física do município	3 meses (abril, maio e junho)
Implantação do acompanhamento dos usuários diabéticos	Usuários assistidos de perto, e vínculo entre usuário e equipe de saúde fortalecido.	Organizacional: Disponibilidade na agenda dos profissionais envolvidos.	Toda a equipe da UBS	2 meses (abril e maio)

Fonte: o autor (2019).

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 *Diabetes mellitus*

O DM é uma doença prevalente no mundo e é caracterizada pela elevação da glicose no sangue denominada de hiperglicemia. O DM é considerado uma epidemia mundial e estima-se que 1 a cada 11 adultos são portadores dessa doença. No Brasil, a realidade não é diferente, esta doença atinge entre 13,4 a 14,3 milhões de pessoas, o que é equivalente a 9,4 a 9,7 milhões de pessoas em idade adulta (Internacional Federation Diabetes (IDF), 2015).

Devido à alta prevalência de DM, em 2016 a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) aperfeiçoou as diretrizes para a prevenção, avaliação, classificação e tratamento do DM. “A definição de DM é um conjunto heterogêneo de distúrbios metabólicos que pode indicar a hiperglicemia, que é resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina, ou nas duas” (SBD, 2016).

Foi organizado pela Associação Americana de Diabetes sete hábitos de autocuidado para educação de pacientes portadores de DM, eles são: realização de atividades físicas, manter bons hábitos alimentares, monitoramento periódico da glicemia, assiduidade no uso da medicação, prevenção de complicações, desenvolvimento de estratégias para enfrentamento do DM, e reduzir os riscos através da prevenção e tratamento das complicações (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2015).

**Figura 1: A distribuição do percentil de casos de Diabetes na população brasileira, entre homens e mulheres, no período de 2006 a 2016.**



FONTE: VIGITEL, 2016.

Um indivíduo que sofre de DM é identificado tardiamente como portador da doença, e durante esse período a hiperglicemia danifica o corpo gerando complicações. Essas complicações associadas ao DM podem não ser identificadas como decorrentes da doença, mesmo com a presença dos sintomas. Por isso é importante a realização de exames específicos periodicamente para todos os indivíduos (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2014).

#### 4.2 Complicações cardiovasculares causadas pelo *Diabetes mellitus*

As doenças cardiovasculares são consideradas a maior causa de morte no Brasil, chegando a representar um terço do total de óbitos registrados. Em 2016, foram registradas 349.938 mortes devido a doenças cardiovasculares (SBD, 2016).

O DM quando não é tratado corretamente pode gerar maiores complicações tais como doenças cardiovasculares, que influenciam negativamente a vida do indivíduo e de sua família, acarretando em sequelas que podem dificultar a rotina da família gerando altos gastos e maior assistência, ou até em mortes precoces (IDF, 2015).

Em um estudo realizado com 10.251 adultos com idade entre 40-79 anos com diabetes tipo 2, denominado estudo ACCORD, teve por objetivo avaliar se o controle da glicemia poderia reduzir os riscos de ocorrência de doença isquêmica cardíaca em portadores de DM. Neste estudo, os pesquisadores identificaram que a hiperglicemia é um fator de risco modificável e contribui para a ocorrência de doença cardiovascular (GERSTEINS et al., 2014). Esse estudo demonstra que o controle adequado do DM pode prevenir as doenças cardiovasculares.

#### 4.3 O papel da atenção primária no controle do *Diabetes mellitus*

A atenção primária é porta de entrada para os pacientes portadores de DM e devem desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde que contribuam para o controle da doença. A Unidade básica de saúde é porta de entrada para os usuários, no qual são realizados os exames necessários e indicados o tratamento adequado. Entre as complicações de saúde decorrentes do *Diabetes mellitus* estão as doenças cardiovasculares, as doenças oftalmológicas, e as renais (BRASIL, 2014)

Para Almeida (2017):

[...] a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (ALMEIDA et al., 2017, p. 126).

Para a realização da educação em saúde é necessário a capacitação da equipe de saúde, em especial do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é o principal elo entre o paciente e os outros membros da equipe.

Nesse cenário Almeida, 2017 afirma ainda:

Um grande desafio enfrentado pela APS é capacitar a equipe de saúde, sobretudo os ACS que representam um papel importante para o aperfeiçoamento nas estratégias de prevenção e controle de obesidade da população por meio do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida (ALMEIDA et al., 2017, p,130).

Através da educação em saúde e da implantação de modos de vida mais saudáveis é possível o controle do diabetes, a minimização da obesidade e consequentemente a diminuição de complicações cardíológicas nos usuários atendidos pela UBS Valmir Ribeiro da Rocha.

## 5 RESULTADOS

A capacitação da equipe contou com todos os profissionais pertencentes à unidade sendo eles 5 agentes de saúde, 1 enfermeira e 2 técnicas de enfermagem, foram utilizados recursos áudio visuais tais como slides e vídeos, e ao final da capacitação foi realizada avaliação oral sobre a temática. A capacitação aconteceu durante a primeira semana do mês de maio de 2019 e foi ministrada pelo médico da UBS, de segunda à sexta-feira entre 15 e 16 horas, cujos conteúdos abordados foram: prevenção e promoção à saúde com relação a Diabetes Mellitus.

Após a capacitação da equipe de saúde, estes profissionais passaram a realizar as orientações sobre a patologia e tratamento aos pacientes portadores de DM. A partir da capacitação foi possível identificar que os profissionais se sentiam mais confiantes ao repassar orientação relativas a este adoecimento, o que proporcionou um fortalecimento do vínculo entre paciente e profissional, contribuindo assim para a redução do absenteísmo dos pacientes com o seu tratamento e melhorando o seu comprometimento com o autocuidado.

Foram realizadas ações educativas sobre alimentação saudáveis como os portadores de DM. A primeira ação aconteceu no dia 09 de maio de 2019, às 14:00 horas no salão Renuka , essa ação foi de responsabilidade do médico responsável pela UBS e pelo nutricionista do município, estiveram presentes nessa ação 43 pessoas, nas quais receberam orientações sobre como melhorar a alimentação e conseqüentemente controlar a Diabetes, foi utilizado recursos áudio visuais. Essa ação teve duração de 1 hora.

**Figura 2 - Ação educativa referente a alimentação do diabético**



A segunda ação educativa com a temática a importância da atividade física para o paciente portador de DM, aconteceu no dia 16 de maio de 2019, às 14:00 horas, no salão Renuka, os responsáveis por essa ação foram a equipe da UBS em especial o médico e também o profissional de educação física do município. Estiveram presentes nessa ação 36 pessoas, nas quais receberam orientações sobre a atividade física e como ela pode melhorar a qualidade de vida do paciente portador de DM, as orientações ocorreram por meio do uso de recursos áudio visuais e dinâmicas (com a realização de exercícios físicos leves), essa ação teve duração de 1 hora.

**Figura 3- Ação educativa de importância da atividade física para o diabético**



As ações educativas referentes a melhoria dos hábitos alimentares não beneficia apenas os pacientes diabéticos, mas sim toda sua família, pois se um membro da família começa a se alimentar de forma correta, este influencia que os outros membros passem a se alimentar da mesma forma. A implantação atividades físicas regulares buscam reduzir o sedentarismo e a obesidade entre os pacientes, proporcionando a eles uma vida mais ativa e a promoção da integração social.

**Figura 4- Grupo de hiperdia.**



A criação do grupo de hiperdia, que está sendo realizado nas terças e quintas feiras no salão Renuka as 8:00 horas, tem unido usuários tanto diabéticos como hipertensos e juntos estão realizando as atividades físicas, aumentando o vínculo de amizade na comunidade e assim uns pacientes acabaram incentivando outros a participar também, o número de participantes tem variado entre 25 e 45 pessoas.

O acompanhamento dos pacientes portadores de DM possibilitou a equipe de saúde acompanhar cada paciente individualmente, verificando assim se ele está tomando a medicação de forma correta, se está mantendo melhores hábitos alimentares e se está realizando as atividades físicas. Através do acompanhamento mensal foi possível realizar verificação da medicação, a aferição da pressão arterial, da glicemia capilar, a avaliação antropométrica, medida da cintura. Assim, os pacientes atenderam as recomendações da equipe e o benefício foi a inserção de melhores hábitos de vida entre os pacientes portadores de diabetes e suas famílias.

Com a realização de projeto a equipe espera aumentar o vínculo com os pacientes e que eles vejam na equipe um apoio para o enfrentamento de sua patologia. A engajamento da equipe de saúde foi importante para a implantação do plano, e assim houve uma melhora no acesso à informação da população e conseqüentemente uma redução nas complicações causadas pelo DM na população atendida pela UBS Valmir Ribeiro da Rocha, no município de São Pedro do Ivaí- PR.

QUADRO 2: COMPARATIVO DA ASSIDUIDADE DAS CONSULTAS ANTES E DEPOIS DO PLANO DE INTERVENÇÃO.

<b>Mês</b>	<b>Abril</b>	<b>Junho</b>
Usuários com consulta agendada	50	57
Usuários que compareceram na consulta	31	55

Fonte: O autor (2019)

O quadro 2 apresentado demonstra os resultados das atividades desenvolvidas com os pacientes portadores de DM, no qual registra que 96% dos pacientes compareceram a consulta no mês de julho/19 contra os 62% antes do plano de intervenção.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse projeto foi desenvolver um plano de ação para diminuir as complicações cardiológicas causadas pelo absenteísmo dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus em uma Unidade Básica de Saúde de São Pedro do Ivaí – Paraná, objetivo que foi alcançado através da capacitação de parte da equipe (agentes de saúde, enfermeira e técnicas de enfermagem) que foi de extrema importância para que fosse possível das ações educativas para a comunidade, e para a criação do grupo de hiperdia. A realização dessas ações e a criação do grupo trouxe aos usuários diabéticos e hipertensos a informação e a oportunidade de participarem de atividades físicas, assim dispomos hoje de usuários mais informados, ativos e comprometidos com o autocuidado. O acompanhamento aos portadores de diabetes através de visitas domiciliares exigiu deles maior adesão, pois a ver a equipe frequentando sua casa e estimulando seu tratamento, levando informações acerca dos riscos, convenceu muito dos usuários a se comprometerem com o tratamento.

Toda a equipe se motivou para realização dessa intervenção, e contamos ainda com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, além dos usuários da comunidade que se mostraram interessados a nos ouvir, o que foi definitivo para o sucesso da implantação da intervenção.

Algumas dificuldades que encontramos foi que alguns dos usuários não tiveram a oportunidade de participar das ações pois trabalham no horário de funcionamento da equipe, problema esse que planejamos resolver com a realização dessas ações no período noturno para que todos possam participar, porém o grupo de hiperdia é inviável acontecer no período noturno.

Para o futuro a equipe planeja uma nova intervenção, e essa será direcionada aos usuários portadores de obesidade.

O planejamento e execução desse projeto foi de grande valia para os usuários portadores de diabetes, devido a conscientização que ele trouxe, e a equipe também foi beneficiada pois a mesma se tornou mais unidade e todos se sentiram orgulhosos por terem a capacidade de ajudar a comunidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.M. *et al.* Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde** (Brasília) v. 08, n. 01, Jan., p.114-139 2017.

American Association of Diabetes Educators. Diabetes education curriculum: a guide to successful self-management. **Quick Overview**. Chicago: AADE; 2015.

American Diabetes Association. Guidelines Source: Standards of Medical Care in Diabetes – 2016. **Diabetes Care** 2016; 39(Supl. 1):S1-S112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16008-3-4-milhoes-habitantes-da-bahia-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica> ; Acesso em: 25 de Abril de 2019.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES -IDF Diabetes Atlas, 6. ed. Bruxelas, Bélgica. **International Diabetes Federation**. Atualização 2014. Disponível em: [http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014\\_ES.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf) ; Acesso em: 23 de Abril de 2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION: IDF Diabetes Atlas [Internet]. 7th edition. Brussels, Belgium: **International Diabetes Federation**; 2015. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html> ; Acesso em: 24 de Abril de 2019.

GERSTEIN, H.C. *et al.* Effects of Intensive Glycaemic Control on Ischaemic Heart Disease: Analysis of Data from the Randomized, Controlled ACCORD Trial. **The Lancet**, n. 14, p. 60611-5, 2014.

SÃO PEDRO DO IVAÍ. PREFEITURA MUNICIPAL. Dados sobre a população e serviços de saúde, economia. São Pedro do Ivaí, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: **A.C. Farmacêutica**, 2016.