

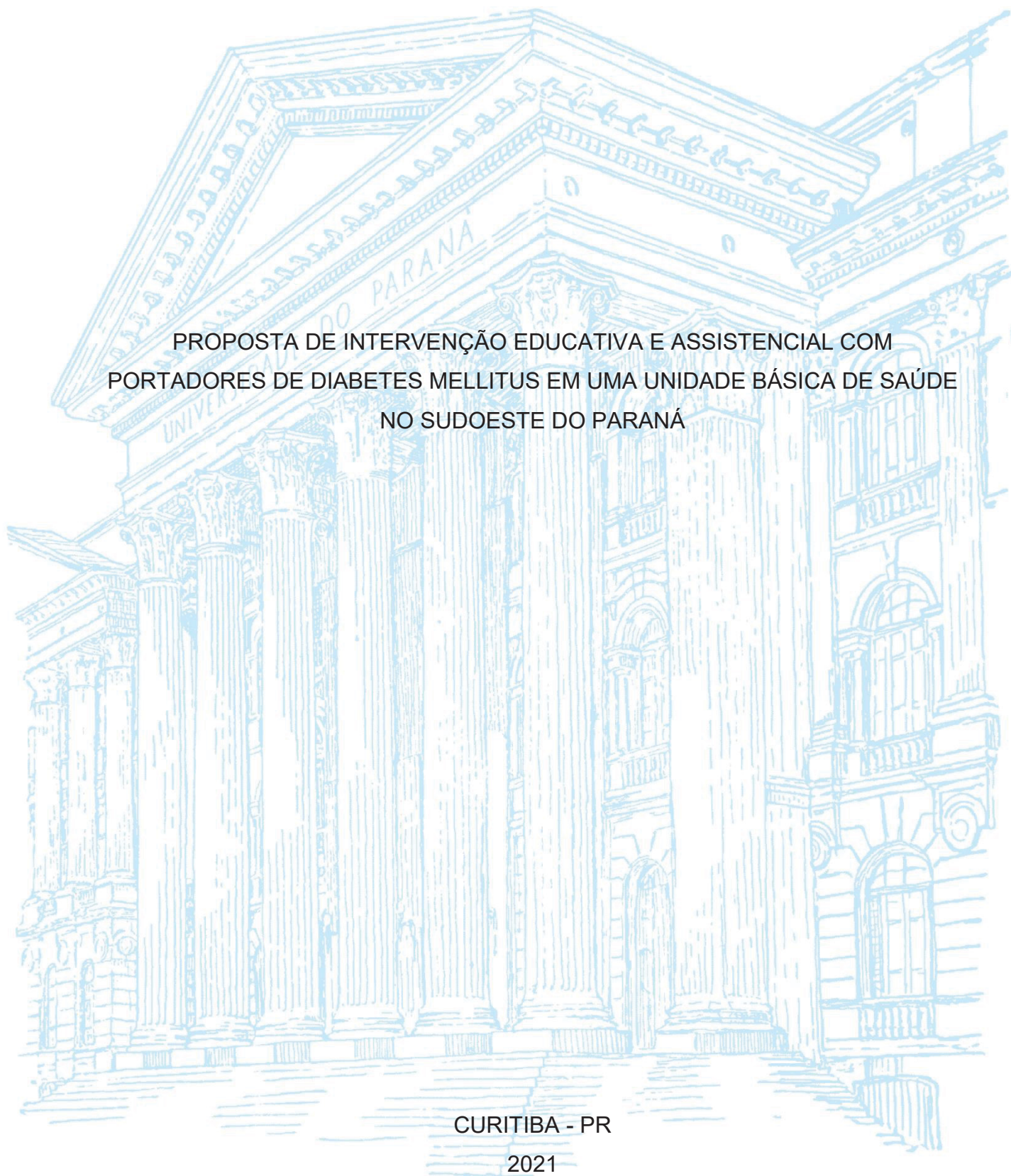
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LESSANDRO KARDEK DA SILVA MIRANDA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA E ASSISTENCIAL COM
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NO SUDOESTE DO PARANÁ

CURITIBA - PR

2021



LEANDRO KARDEK DA SILVA MIRANDA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA E ASSISTENCIAL COM
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NO SUDOESTE DO PARANÁ

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: Prof. Dr. William Augusto Gomes de Oliveira Bellani

CURITIBA - PR

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

LESSANDRO KARDEK DA SILVA MIRANDA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA E ASSISTENCIAL COM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO SUDOESTE DO PARANÁ

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.

Prof. Dr. William Augusto Gomes de Oliveira Bellani
Orientador – Departamento de Saúde Coletiva, UFPR

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____
Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____
Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Cidade, __ de _____ de 2021.

RESUMO

O diabetes mellitus tipo 2 é uma doença crônica não transmissível com elevada morbimortalidade associada. O projeto de intervenção descrito neste estudo teve como objetivo melhorar a adesão ao tratamento e promover hábitos saudáveis entre usuários portadores de diabetes mellitus tipo 2 adscritos à Unidade Básica de Saúde Planalto, no município de Pato Branco – Paraná/Brasil. Trata-se de uma pesquisa realizada no contexto da Atenção Primária à Saúde e envolveu as etapas: reunião e qualificação da equipe assistencial, identificação dos usuários, consultas, educação em saúde e proposição de Projetos Terapêuticos Singulares. Visando melhor abordagem educativa e pactuação do autocuidado foi criada uma ficha de plano de cuidados na Atenção Básica preenchida a cada consulta com o participante. As ações desenvolvidas permitiram melhor capacitação e sensibilização dos profissionais, maior conhecimento sobre o problema na comunidade, fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e profissionais, bem como promoção do autocuidado, e melhor conscientização dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 sobre a importância da adesão ao tratamento e adoção de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2. Planejamento de Assistência ao Paciente. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus is a chronic non-communicable disease with high associated morbidity and mortality. The intervention project described in this study aimed to improve treatment ades and promote healthy habits among users with type 2 diabetes mellitus enrolled in the Planalto Basic Health Unit, in the municipality of Pato Branco - Paraná/Brazil. This is an action research carried out in the context of Primary Health Care and involved the following stages: meeting and qualification of the care team, identification of users, consultations, health education and proposition of Singular Therapeutic Projects. Aiming at a better educational approach and agreement of self-care, a form of care plan in Primary Care was created, completed at each consultation with the participant. The actions developed allowed better training and awareness of professionals, greater knowledge about the problem in the community, strengthening the bond between health team and professionals, as well as promotion of self-care and better awareness of patients with type 2 diabetes mellitus about the importance of treatment adhering and adoption of healthy lifestyle habits.

Keywords: Diabetes Mellitus Type 2. Patient Care Planning. Health Education. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Acróstico criado durante dinâmica com profissionais da UBS Planalto, Pato Branco - PR, 2020..... | 17 |
| Figura 2. Campo destinado ao preenchimento dos problemas de saúde. | 18 |
| Figura 3. Campo destinado ao preenchimento dos papéis a serem desempenhados | 18 |
| Figura 4. Exemplo de preenchimento do item "Programação" | 19 |
| Figura 5. Exemplo de preenchimento da prescrição com itens pictográficos. | 19 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Indicador e parâmetros utilizados para avaliação e monitoramento da ação 1 | 12 |
| Quadro 2. Indicador e parâmetros utilizados para avaliação e monitoramento da ação 2 | 12 |
| Quadro 3. Indicador e parâmetros utilizados para avaliação e monitoramento da ação 3 | 13 |
| Quadro 4. Planilha de programação das ações | 16 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 5 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA | 6 |
| 1.2 OBJETIVOS | 7 |
| 1.2.1 Objetivo geral | 7 |
| 1.2.2 Objetivos específicos..... | 7 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 8 |
| 3 MATERIAL E MÉTODOS | 11 |
| 3.1.1 Descrição das fases da pesquisa-ação..... | 11 |
| 3.1.2 Elaboração da proposta | 11 |
| 3.1.2.1 Ação 1: Qualificação da equipe assistencial | 11 |
| 3.1.2.2 Ação 2: Identificação dos usuários portadores de DM2 com baixa adesão ao tratamento e/ou hábitos deletérios | 12 |
| 3.1.2.3 Ação 3: Educação em saúde e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)..... | 12 |
| 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 16 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 21 |
| REFERÊNCIAS..... | 22 |
| APÊNDICE A – FICHA DE PLANO DE CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA | 24 |

1 INTRODUÇÃO

O município de Pato Branco está localizado no sudoeste do Paraná, com população estimada de 82.881 pessoas (IBGE, 2019). A cidade se destaca na microrregião como um centro de serviços com ênfase nos setores da saúde e da educação. A partir de 1996, Pato Branco buscou variar sua economia através de incentivos fiscais a empresas dos setores de informática e eletroeletrônico, o que resultou na criação de um centro tecnológico industrial. A agricultura também representa uma importante fatia na economia do município (PATO BRANCO, 2018).

Segundo dados do DATASUS suas principais causas de mortalidade em adultos e idosos são: doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Em crianças as principais causas de mortalidade são afecções no período perinatal, causas externas e malformação congênita. Em relação às principais causas de internação hospitalar tem-se gravidez e puerpério, doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo, além de lesões por causas externas, sobretudo acidentes automobilísticos (BRASIL, 2019).

O município conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, Unidade Especializada Mãe Patobranquense, Unidade Especializada de Pato Branco, Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSF) Pinheirinho, Centro de Orientação e Apoio Sorológico, Unidade Central de Saúde e outras 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS). O município apresenta ainda vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e vigilância em Saúde do Trabalhador, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e academia da saúde.

A UBS Planalto tem 3350 usuários na área adscrita, sendo 642 hipertensos, 190 portadores de diabetes tipo 2 (DM2), 84 portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 47 portadores de hipotireoidismo.

Dentre os portadores de DM2 adscritos verifica-se uma baixa adesão ao tratamento proposto, bem como a persistência de hábitos deletérios como o etilismo, tabagismo e alimentação inadequada. Segundo dados coletados pela equipe de saúde, nos meses de julho a setembro de 2020 apenas 54 usuários estavam com acompanhamento regular da saúde, realizando consultas mensais na UBS Planalto, representando 28% dos portadores de DM2 adscritos.

1.1 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, assim como as neoplasias e os distúrbios endócrinos fazem parte de um grupo de doenças denominado Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT são responsáveis por uma parcela significativa das taxas totais de mortalidade em todo o mundo, sendo que atingem prioritariamente a classe idosa e estão presentes em países considerados de baixa e média renda (MALTA et al., 2017).

O aumento substancial da prevalência das DCNT é devido ao envelhecimento populacional e a dinâmica social que promove a inversão da pirâmide etária. As DCNT provocam cerca de 38 milhões de mortes todos os anos, sendo que destas, cerca de 75% são em países subdesenvolvidos. Esse fato contribui para o aumento da taxa de mortalidade na população idosa e que vive em situação de vulnerabilidade social, especialmente na população abaixo dos 70 anos de idade. Isso porque, essa população tem acesso limitado a saúde e fragilidades importantes também de acesso relacionado a ações de prevenção, promoção a saúde e redução de danos (SILVA et al., 2017). Dentre as DCNT, o DM2 destaca-se por sua alta morbimortalidade associada, impacto na qualidade de vida e condição de saúde dos usuários afetados.

Levando-se em consideração o problema existente na UBS Planalto, com baixa adesão ao tratamento pelos portadores de DM2 e persistência em hábitos deletérios, o presente estudo se justifica pela possibilidade de melhor assistir estes usuários estimulando o autocuidado e a melhora dos hábitos de vida.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Melhorar a adesão ao tratamento e promover hábitos saudáveis entre usuários portadores de DM2 adscritos à UBS Planalto no município de Pato Branco – PR.

1.2.2 Objetivos específicos

- Qualificar a equipe de saúde visando melhor acolhimento e resolutividade no acompanhamento de usuários portadores de DM2;
- Identificar usuários portadores de DM2 com baixa adesão ao tratamento e/ou persistência em hábitos deletérios;
- Estruturar abordagens educativas individuais e proposições de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) aos usuários portadores de DM2.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, assim como as neoplasias e os distúrbios endócrinos fazem parte de um grupo de doenças denominado Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT são responsáveis por uma parcela significativa das taxas totais de mortalidade em todo o mundo, sendo que atingem prioritariamente a classe idosa e estão presentes em países considerados de baixa e média renda (MALTA et al., 2017).

O aumento substancial da prevalência das DCNT é devido ao envelhecimento populacional e a dinâmica social que promove a inversão da pirâmide etária. As DCNT provocam cerca de 38 milhões de mortes todos os anos, sendo que destas, cerca de 75% são em países subdesenvolvidos. Esse fato contribui para o aumento da taxa de mortalidade na população idosa e que vive em situação de vulnerabilidade social, especialmente na população abaixo dos 70 anos de idade. Isso porque, essa população tem acesso limitado a saúde e fragilidades importantes também de acesso relacionado a ações de prevenção, promoção a saúde e redução de danos (SILVA et al., 2017).

Consideradas como um verdadeiro desafio para as políticas públicas, estima-se que somente no ano de 2008 cerca de 36 milhões de pessoas foram a óbito. Dessas 36 milhões de pessoas, 21% foram devido a causas neoplásicas, 12% doenças relacionadas com o aparelho respiratório, 3% devido a diabetes mellitus e a mais prevalente são as doenças cardiovasculares, com uma taxa de mortalidade equivalente a 48%. Além disso, 25% desse total de óbitos foram mortes evitáveis em pessoas menores de 60 anos (SATO et al., 2017).

No Brasil, as DCNT são também uma preocupação relacionadas com a aposentadoria precoce, absenteísmo e também com o presenteísmo. Estima-se que até o ano de 2030 o índice de novos casos relacionados a DCNT e o envelhecimento da população alcance valores superiores a 39% da população economicamente ativa. Esses números são preocupantes e alertam as entidades públicas no que tange a buscar formas de prevenir os determinantes de adoecimento e fatores de risco associados as DCNT, bem como medidas para reduzir os impactos econômicos (HYEDA; COSTA, 2017).

Entre os motivos de adoecimento que contribuem para a elevação da prevalência das DCNT está o estilo de vida. O comportamento deletério da população

relacionado com o sedentarismo, utilização excessiva de substância alcoólica e tabágica, nutrição inadequada e o excesso de peso, são fatores de risco que potencializam o surgimento de doenças. Um estudo realizado com a população brasileira evidenciou que 37,3% dos indivíduos consome hortaliças e frutas de forma regular, 14,5% tem o hábito de fumar e 13,7% tem o hábito de ingerir bebida alcoólica. Evidenciou ainda que, mais de 50% da população está acima do peso, sendo esse um dos principais fatores de risco para o adoecimento (CRUZ et al., 2017).

Contessoto e Prati (2017) discutiram acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT. Os autores evidenciaram que os fatores sociais, ambientais, econômicos e culturais também influenciam fortemente para a sua morbidade e mortalidade. Argumentaram ainda que a falta de conhecimento e educação também influencia a adoção de hábitos não saudáveis, assim como o uso excessivo de computadores, celulares e tecnologias em geral.

Outrossim, muitas são as complicações associadas as DCNT e que interferem na qualidade de vida do indivíduo. A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus são doenças associadas e que mais causam preocupação a saúde pública, pois são capazes de provocar alterações a nível macro e microvascular. Entre as principais complicações estão as neuropatias periféricas, a doença vascular periférica, cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico, retinopatia diabética, neuropatia sensitiva distal e outras (RODRIGUES et al., 2011).

Nesse sentido, diante de tantos fatores de risco e complicações importantes é essencial estabelecer estratégias de tratamento. O tratamento das DCNT baseia-se em uma série de métodos relacionados a mudança de hábitos de vida e utilização de fármacos. Nesta perspectiva, a adesão ao tratamento por meio da realização de atividade física regular, alimentação saudável, diminuição do consumo de álcool e a cessação do tabaco são formas eficazes de diminuir a incidência das doenças e reduzir os danos causados por elas. Ademais, a educação em saúde também se configura como estratégia importante para a adesão ao tratamento e para a melhoria dos indicadores de adoecimento (PEREIRA et al., 2011).

Como forma de implementar as ações estratégicas de cuidado ao portador de DCNT, o Ministério da Saúde no âmbito de suas atribuições criou o Plano de Enfrentamento de DCNT. Esse plano tem como objetivo estimular o desenvolvimento e a instalação de políticas públicas que possam integrar os serviços de assistência a saúde para controlar e prevenir as DCNT, bem como os seus principais fatores de

risco para o adoecimento. As diretrizes estratégicas do plano fundamentam-se em três pilares essenciais baseados no cuidado integral ao indivíduo, na vigilância em saúde e registro de informações e o pilar da promoção a saúde (BRASIL, 2011).

Uma das políticas públicas implantadas foi a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas instituída em 2012, pela Nota Técnica 41/2012 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) contendo os componentes da atenção básica, atenção especializada no âmbito ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência, sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança. Tal rede deve estar instituída dentro de uma região de saúde a partir de diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (CONASS, 2012).

Para promover mudanças estruturais em todas as dimensões da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas é essencial reorganizar o processo de trabalho. As práticas ligadas ao acolhimento, atenção centrada no indivíduo e na família, o cuidado continuado, a atenção programada e multiprofissional, o apoio matricial, a regulação da rede de atenção e o projeto terapêutico singular são essenciais para a qualidade do atendimento e ampliação do acesso. Há ainda a assistência coletiva, o autocuidado, a estratificação de risco e a educação profissional permanente (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a Atenção Básica à Saúde (ABS) se torna ordenadora e definidora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Situada em ponto estratégico da rede, a ABS tem potencial para identificar os fatores de risco, os determinantes sociais e estabelecer ações eficazes de promoção e proteção a saúde da população, bem como o diagnóstico precoce, tratamento, prevenção de agravos, redução dos danos e a manutenção da saúde. A ABS é compreendida como capaz de atender os problemas de determinada população e oferecer cobertura completa com o apoio de equipes de referência, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2013).

Diante disso, as DCNT são doenças multifatoriais e que reduzem a qualidade de vida das pessoas. É importante que as ações de cuidado sejam integradas com foco no indivíduo portador da doença e que leve em consideração os aspectos culturais, econômicos e sociais. Estima-se que quando a adesão ao tratamento acontece de forma continuada, cerca de 50% das pessoas melhoram substancialmente dentro de seus respectivos contextos (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1.1 Descrição das fases da pesquisa-ação

A pesquisa foi iniciada em uma reunião com toda a equipe atuante na UBS Planalto na identificação dos problemas existentes, priorização destes problemas e identificação dos possíveis nós críticos do problema priorizado.

Uma segunda reunião foi realizada visando elaborar as ações de enfrentamento para o problema identificado. Posteriormente foram estruturadas as ações de enfrentamento, indicadores e calendário proposto.

3.1.2 Elaboração da proposta

Problema priorizado: baixa adesão ao tratamento pelos portadores de DM2 e persistência em hábitos deletérios.

Ações propostas:

3.1.2.1 Ação 1: Qualificação da equipe assistencial

Foram propostas duas oficinas de qualificação da equipe assistencial. Na primeira oficina optou-se por desenvolver uma palestra dialogada sobre o DM2, seus sinais, sintomas, formas de diagnóstico e tratamento.

Na segunda oficina foram propostas ações visando melhor orientar os profissionais sobre o apoio ao autocuidado. Desta forma foi estruturado uma roda de conversa sobre PTS, seguida de uma dinâmica sobre o cuidado ao diabético nos mais diversos cenários: idoso, baixa escolaridade, vulnerabilidade social, dentre outros. As oficinas objetivaram qualificar a assistência ao portador de DM2 e sensibilizar os profissionais para necessidade de um olhar singular no cuidado à saúde.

No Quadro 1 estão descritos sucintamente o indicador e parâmetros utilizados no acompanhamento e avaliação da ação.

Quadro 1. Indicador e parâmetros utilizados para avaliação e monitoramento da ação 1.

| | | | |
|--|--|--|--|
| Ação 1 | Qualificação da equipe assistencial | | |
| Indicador: | Adesão da equipe às oficinas | | |
| Parâmetro | | | |
| Ótimo | Satisfatório | Regular | Ruim |
| 100% da equipe com participação nas oficinas | 80-99% da equipe com participação nas oficinas | 60-79% da equipe com participação nas oficinas | Menos de 60% dos profissionais com participação nas oficinas |

Fonte: Autores (2021).

3.2.1.2 Ação 2: Identificação dos usuários portadores de DM2 com baixa adesão ao tratamento e/ou hábitos deletérios

Foram propostas ações de revisão de prontuários, identificando usuários portadores de DM2 que não comparecem às consultas mensais com a equipe de saúde, bem como, que persistiam em hábitos inadequados como etilismo, tabagismo ou alimentação inadequada. No Quadro 2 estão descritos sucintamente o indicador e parâmetros utilizados no acompanhamento e avaliação da ação.

Quadro 2. Indicador e parâmetros utilizados para avaliação e monitoramento da ação 2.

| | | | |
|--|---|--|--|
| Ação 2 | Identificação dos usuários portadores de DM2 com baixa adesão ao tratamento e/ou hábitos deletérios | | |
| Indicador: | Quantidade de prontuários revistos | | |
| Parâmetro | | | |
| Ótimo | Satisfatório | Regular | Ruim |
| 100% dos prontuários de portadores de DM2 revistos | 80-99% dos prontuários de portadores de DM2 revistos | 60-79% dos prontuários de portadores de DM2 revistos | Menos de 60% dos prontuários de portadores de DM2 revistos |

Fonte: Autores (2021).

3.2.1.3 Ação 3: Educação em saúde e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)

Uma vez identificados os usuários com baixa adesão ao tratamento e/ou hábitos deletérios foram agendadas consultas com a equipe de saúde, nas quais

foram realizadas ações de educação em saúde e elaboração de PTS estimulando o protagonismo do usuário em seu cuidado à saúde. No Quadro 3 estão descritos sucintamente o indicador e parâmetros utilizados no acompanhamento e avaliação da ação. No Quadro 4 está apresentada a planilha de programação das ações.

Quadro 3. Indicador e parâmetros utilizados para avaliação e monitoramento da ação 3.

| | | | |
|--|--|--|--|
| Ação 3 | Educação em Saúde e Projetos Terapêuticos Singulares | | |
| Indicador: | Consultas e elaboração dos PTS | | |
| Parâmetro | | | |
| Ótimo | Satisfatório | Regular | Ruim |
| 100% dos portadores de DM2 consultados, orientados e com PTS elaborado | 80-99% dos portadores de DM2 consultados, orientados e com PTS elaborado | 60-79% dos portadores de DM2 consultados, orientados e com PTS elaborado | Menos de 60% dos portadores de DM2 consultados, orientados e com PTS elaborado |

Fonte: Autores (2021).

Quadro 4. Planilha de programação das ações.

| Objetivo | Estratégia | Duração | Envolvidos | População alvo/ amostra | Data | Recursos Educacionais utilizados | Locais de divulgação dos recursos educacionais |
|--|---|--|--|--------------------------------|---------------------------|--|---|
| Qualificar a equipe de saúde visando melhor acolhimento e resolutividade no acompanhamento de usuários portadores de DM2 | Duas oficinas de qualificação | Quatro horas por oficina, total oito horas | Toda equipe da UBS | Profissionais da UBS | Julho/2020 | Cartilhas e Caderno de Atenção Básica | Plataforma de Recursos Educacionais Abertos (REA) |
| Identificar usuários portadores de DM2 com baixa adesão ao tratamento e/ou persistência em hábitos deletérios | Revisão de prontuários | Dois meses | Agentes comunitários de saúde (ACS) e equipe de enfermagem | Usuários portadores de DM2 | Agosto a Setembro de 2020 | Não se aplica | Não se aplica |
| Estruturar abordagens educativas individuais e proposições de PTS aos usuários portadores de DM2 | Consultas, Orientações individualizadas e PTS | Ação permanente | Médico e enfermeira | Usuários portadores de DM2 | Ação contínua | Elementos ilustrativos, cartões educativos e cartão do diabético | Plataforma de Recursos Educacionais Abertos (REA) |

Fonte: Autores (2021).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram realizadas duas oficinas de qualificação profissional com a equipe assistencial, ambas no mês de julho de 2020. As oficinas ocorreram na UBS Planalto e tiveram adesão de 100% dos profissionais, contemplando o indicador proposto neste estudo. Os participantes das oficinas incluíram cinco agentes comunitários de saúde (ACS), quatro técnicas de enfermagem, uma gerente de serviços de saúde, uma enfermeira, além do médico proponente.

A primeira oficina foi iniciada com uma palestra dialogada sobre o DM2, abordando o conceito da doença, sinais, sintomas, diagnóstico e tratamento. A palestra teve duração aproximada de 35 minutos e foi realizada pelo médico. Posteriormente os profissionais foram subdivididos em três grupos, ficando cada um com um tema: conceito do DM2 e suas complicações; hábitos de vida e DM2; tratamento e acompanhamento do DM2.

Cada grupo foi orientado a criar em uma folha A4 um esboço de material educativo sobre o DM2. Os profissionais abordaram os temas discutidos na palestra e foi interessante perceber a adequação de linguagem que utilizaram. Em um dos materiais por exemplo, colocaram *açúcar no sangue*, fazendo referência ao aumento da glicemia. Um dos ACS relatou que optaram por usar os termos que a população utiliza, fazendo relação com termos técnicos, para que pudessem criar uma comunicação efetiva com os usuários (Figura 1).

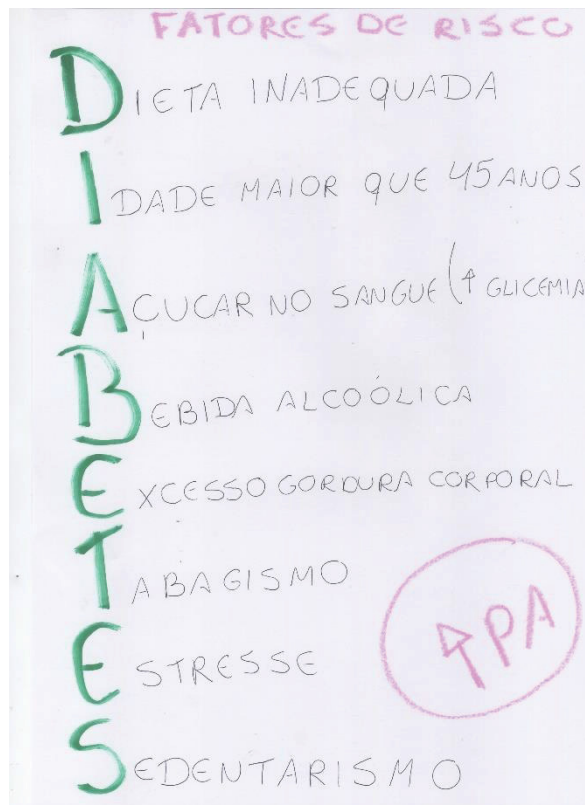
A dinâmica possibilitou perceber o ganho de conhecimento dos profissionais, sobretudo entre os ACS, quanto à necessidade de maior promoção de hábitos saudáveis entre os portadores de DM2. A primeira oficina foi finalizada com um lanche coletivo e coleta de frases que representassem a percepção dos profissionais sobre a ação. Algumas frases foram transcritas abaixo:

“Eu gostei muito da oficina, ficou algo bem prático que deu pra gente entender tudo” (ACS 1);

“O diabetes é uma das doenças que a gente mais atende, e vi hoje que ainda temos muito a aprender” (Técnica de enfermagem);

“Achei fundamental essa abordagem do doutor sobre a individualidade dos diabéticos, na correria muitas vezes acabamos generalizando tudo” (ACS 2);

Figura 1. Acróstico criado durante dinâmica com profissionais da UBS Planalto, Pato Branco - PR, 2020.



Fonte: Autores (2021).

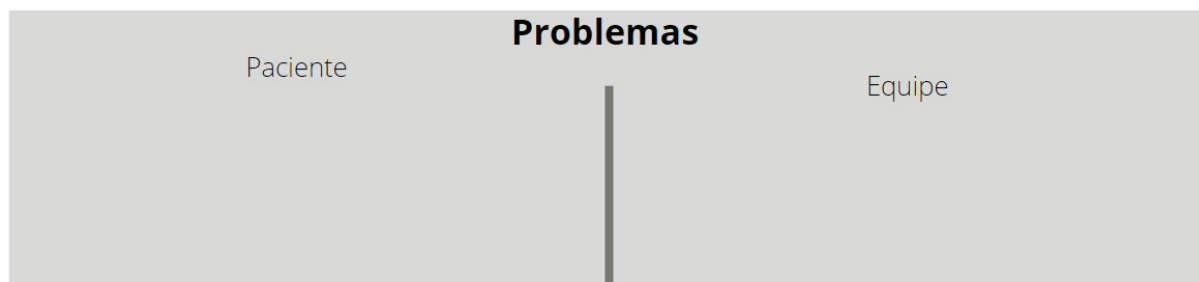
A segunda oficina, também realizada no mês de julho de 2020, versou sobre PTS seguida de uma dinâmica sobre o cuidado ao diabético nos mais diversos cenários: idoso, baixa escolaridade e vulnerabilidade social. Inicialmente os profissionais foram colocados em uma roda de conversa para discutir o que seria o PTS, sua aplicabilidade e desafios. Posteriormente, propôs-se que cada ACS relatasse um exemplo de paciente portador de DCNT que apresentasse um dos cenários acima. O profissional não precisaria citar o nome do usuário, caso não desejasse, mas deveria descrever aspectos de vulnerabilidade e sugerir alternativas para melhora do cuidado.

Um dos ACS referiu a história de um idoso portador de DM2, analfabeto e que vivia só. O idoso teve no último semestre dois episódios de hipoglicemia, sendo encontrado por vizinhos caído em casa. Ao analisar a situação, verificou-se que o mesmo fazia uso inadequado da insulina, aplicando maior dose, por não conseguir compreender os números na seringa e a receita médica. Uma sugestão dada por outro profissional foi marcar com fita adesiva ou caneta permanente as seringas com a dose que deveria ser aspirada.

A dinâmica possibilitou um olhar individualizado sobre o paciente e a sugestão de estratégias que pudessem contribuir para segurança e autocuidado. Foi apresentada na ocasião a “*Ficha de plano de cuidados na Atenção Básica*” proposta pelo médico para estruturação do PTS junto ao usuário diabético. A ideia da criação da ficha é oferecer ao usuário um instrumento guia para seu autocuidado. O PTS busca acima de tudo promover a autonomia e protagonismo do usuário no seu cuidado à saúde.

A ficha de forma simples possui quatro campos básicos. O primeiro campo é destinado ao registro dos problemas de saúde, sendo a coluna da esquerda preenchida pelos problemas que o usuário elencou e a coluna da direita preenchida pelos problemas que a equipe identificou (Figura 2).

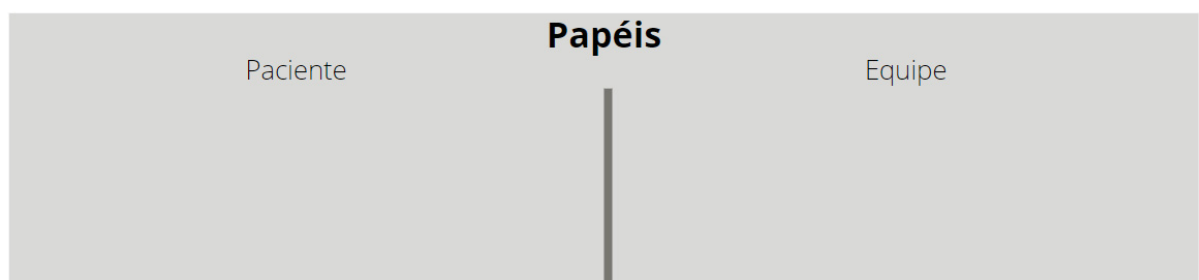
Figura 2. Campo destinado ao preenchimento dos problemas de saúde.



Fonte: Autores (2021).

O segundo campo é destinado ao registro dos papéis do usuário e da equipe. A ideia é justamente mostrar ao usuário que este é um trabalho conjunto e que ele não está sozinho na construção do cuidado (Figura 3).

Figura 3. Campo destinado ao preenchimento dos papéis a serem desempenhados



Fonte: Autores (2021).

O terceiro campo destina-se à programação a ser feita pelo usuário até a próxima consulta. É sempre estruturado em lista, para facilitar enfoque e compreensão. Neste item poderão ser inseridas ilustrações ou adesivos, sobretudo em pacientes com baixo nível de escolaridade (Figura 4).

Figura 4. Exemplo de preenchimento do item "Programação".



Fonte: Autores (2021).

O quarto campo destina-se ao preenchimento de medicações, horários e informações importantes sobre a prescrição. Neste quadro também poderão ser inseridos instrumentos pictográficos (figuras ou adesivos) (Figura 5).

Figura 5. Exemplo de preenchimento da prescrição com itens pictográficos.



Fonte: Autores (2021).

Após os quatro campos referidos há um espaço para assinatura do profissional e do usuário, configurando a pactuação de um acordo de cuidado entre ambos (Apêndice A). Na UBS Planalto as fichas foram preenchidas no computador o

que facilitou, por exemplo, a inserção de ilustrações. Em UBS sem esse recurso poderia ser utilizado imagens impressas previamente em cartelas adesivas e preenchimento manual dos campos.

Ainda durante a segunda oficina os profissionais treinaram a elaboração de várias receitas utilizando instrumentos pictográficos, para se familiarizarem com a metodologia e conseguirem auxiliar os usuários.

Durante os meses de agosto e outubro de 2020 foram realizadas a revisão de prontuários e as buscas ativas por usuários portadores de DM2. Foram localizados 136 usuários portadores de DM2 não aderentes ao tratamento. A busca ativa atingiu 100% da área adscrita, com cobertura de todos os pacientes portadores de DM2, atingindo o desempenho máximo segundo o indicador proposto neste estudo. Todos os usuários receberam visitas domiciliares pelos ACS e foram agendadas consultas médicas e de enfermagem.

Até o mês de novembro de 2020 foram reconsultados 55 usuários dentre os identificados na busca ativa, e elaborado para todos o PTS com utilização da Ficha de Plano de Cuidados na Atenção Básica. É importante salientar que 33 usuários (60% dos reconsultados) possuíam baixo nível de escolaridade, sendo que tal fato contribuía para uma compreensão empobrecida do tratamento proposto. Para todos foram utilizadas receitas e fichas com ilustrações pictográficas. Em seis idosos com uso de insulina foram feitas marcações nas seringas indicando a dose adequada para facilitar o protagonismo destes no cuidado à saúde.

A cada consulta os usuários em utilização de medicação injetável foram novamente orientados quanto aos possíveis locais de aplicação, formas de aplicação, reações adversas e riscos associados ao uso inadequado. Sempre que possível cuidadores e familiares foram incluídos nos momentos educativos, potencializando assim a rede de apoio dos usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas permitiram melhor capacitação e sensibilização dos profissionais, maior conhecimento sobre o problema na comunidade, fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e profissionais, bem como promoção do autocuidado e melhor conscientização dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 sobre a importância da adesão ao tratamento e adoção de hábitos de vida saudáveis.

Especificamente em relação à abordagem individual, percebeu-se melhor orientação dos indivíduos com adequação de linguagem e acréscimo de instrumentos como a Ficha de Plano de Cuidados na Atenção Básica e ilustrações.

Os resultados apresentados neste estudo são ainda parciais, tendo em vista que se espera concluir as consultas e elaboração do PTS de todos os usuários portadores de DM2 que cursam com baixa adesão ao tratamento e/ou descontrole pressórico e glicêmico.

Como trabalhos futuros sugere-se a utilização de instrumentos como o criado neste estudo para outros grupos assistidos pela UBS Planalto, como portadores de hipertensão e demais doenças crônicas. Além da ampliação do olhar multiprofissional no cuidado a tais pacientes, com melhor diálogo entre os diversos pontos da rede de saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 20 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Nota Técnica 41/2012**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (SUS)./ Ministério da Saúde. Brasília: CONASS, 2012. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/02/NT-41_2012-Rede-Cronicas-final.pdf. Acesso em 01 dez. 2020.
- CONTESSOTO, L. C.; PRATI, A. R. C. Fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. **Revista de iniciação científica da Famma**, [S. l.], v. 2, p. 1-15, 2017.
- CRUZ, M. F. *et al.* Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. 3, p. 1-11, 2017.
- HYEDA, A.; COSTA, E. S. M. A relação entre a ergonomia e as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco. **Rev Bras Med Trab**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 173-81, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades e Estados**: Pato Branco – PR. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/pato-branco.html>. Acesso em 18 fev. 2020.
- MACHADO, W. D. *et al.* Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência Ancianos con enfermedades crónicas no transmisibles: un estudio en grupos de convivencia. **Facema**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 444-451, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, n. 1, p. 444-451, 2017.

PATO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde: 2018-2021.**

2018. Disponível em:

<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=41&codTpRel=01>. Acesso em 20 set. 2020.

PEREIRA, D. S. *et al.* A atividade física na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. **Revista gestão e saúde**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017.

RODRIGUES, D. F. *et al.* Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 277-286, 2011.

SATO, T. de O. *et al.* Doenças Crônicas não Transmissíveis em Usuários de Unidades de Saúde da Família - Prevalência, Perfil Demográfico, Utilização de Serviços de Saúde e Necessidades Clínicas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 35-42, 2017.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de Atenção Primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. educ. saúde**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 599-615, 2017.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. bras. psiquiatr.**, [S. l.], v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

APÊNDICE A – FICHA DE PLANO DE CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Ficha de Plano de Cuidados na Atenção Básica

Nome: _____ Idade: _____ Prontuário: _____
Data da elaboração: ____/____/____ Retorno: ____/____/____ ACS: _____

| Paciente | Problemas | Equipe |
|----------|-----------|--------|
| | | |

| Paciente | Papéis | Equipe |
|----------|--------|--------|
| | | |

| Programação | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Prescrição | | |
|---|--|---|
|  Manhã |  Meio-dia |  Noite |
| | | |

Paciente: _____
Profissional: _____

