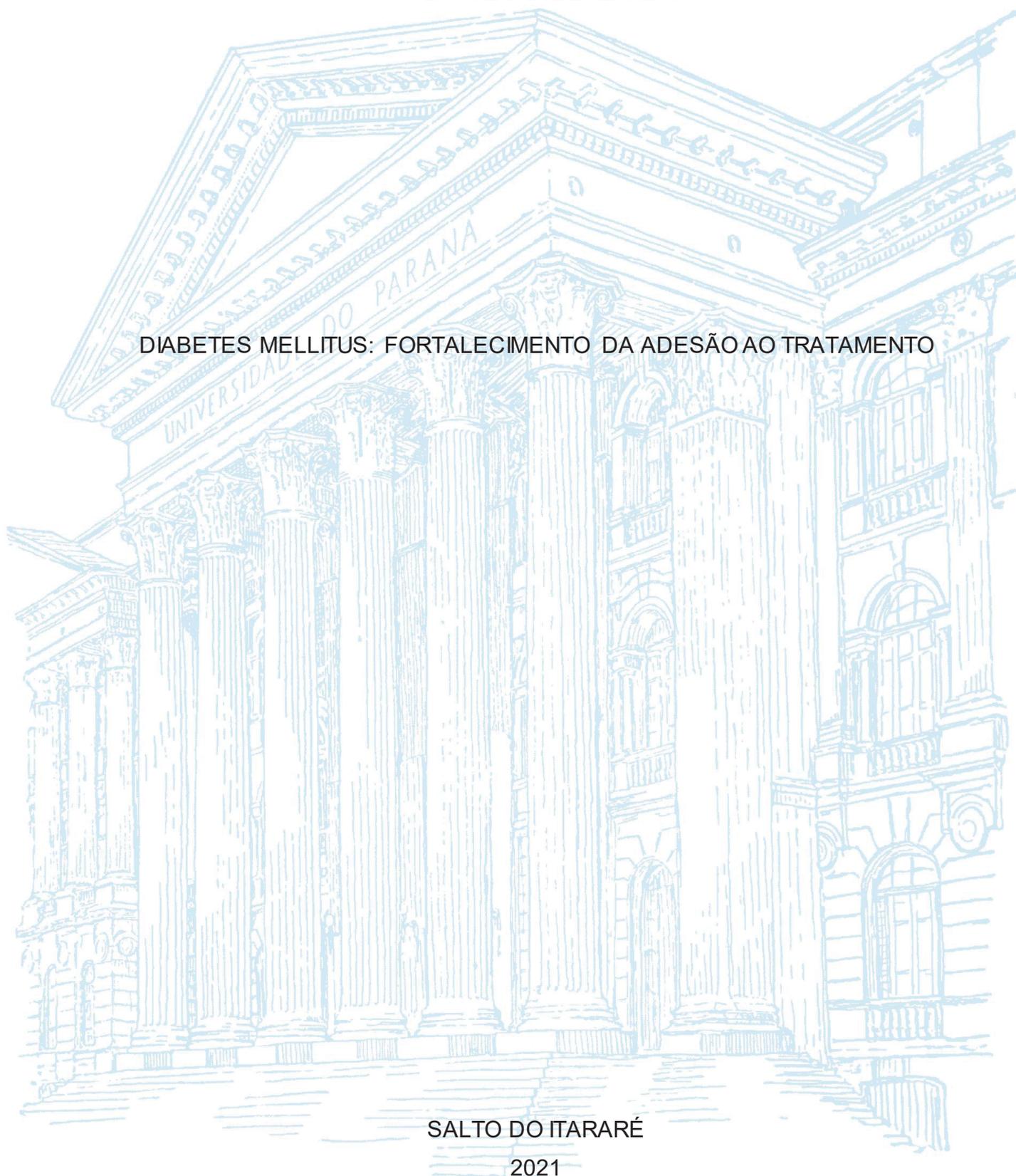


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIO CESAR BERLANDA

DIABETES MELLITUS: FORTALECIMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO



SALTO DO ITARARÉ

2021

JULIO CESAR BERLANDA

DIABETES MELLITUS: FORTALECIMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO

TCC 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.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt.

SALTO DO ITARARÉ

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

JULIO CESAR BERLANDA

DIABETES MELLITUS: FORTALECIMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO

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

Prof(a). Dr(a)/Msc. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt.
Orientador(a) – Departamento _____, INSTITUIÇÃO

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

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

Salto do Itararé, 26 de julho de 2021.

A toda a minha família, pela compreensão nos momentos difíceis, pelo apoio e carinho que me dedicam sempre.

“Tente mover o mundo. O primeiro passo será mover a si mesmo”.

(PLATÃO)

RESUMO

Introdução: O plano de Intervenção que trata do Diabetes Mellitus: Fortalecimento da adesão ao tratamento é resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O diabetes mellitus é doença crônica, com evolução silenciosa, de difícil diagnóstico precoce e com dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos seus portadores, assim foi elaborado plano de intervenção com a finalidade de estimular a qualidade de vida dos pacientes diabéticos no município de Salto do Itararé/PR. **Objetivos:** Desenvolver orientação educativa para os pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus, visando fortalecer a adesão ao tratamento medicamentoso, formar Grupo de Diabéticos, organizar material para orientação educativa, realizar consultas individuais, oportunizar aos pacientes com DM conhecimentos sobre reeducação alimentar e estimular os pacientes a realizarem práticas de atividade física regulares. **Método:** A pesquisa ação foi o método utilizado neste plano, trata-se de projeto de intervenção para implementar as medidas de ampliação da adesão ao tratamento por parte dos pacientes diabéticos, no qual conta-se com a infraestrutura da UBS Selmo Adalberto de Carvalho. **Resultados e discussão:** Foram convidados para participar do projeto vinte e dois pacientes portadores de DM descompensada, de ambos os sexos. Foi criado o Grupo de Diabéticos, com atividades que consistem em palestras desenvolvidas pela Equipe de Saúde, sendo realizado apresentação de slides dialogada, elaboração de material educativo (folder), as reuniões acontecem a cada três meses; além de consultas individualizadas e visitas domiciliares. Como parte fundamental desse projeto, as orientações educativas trazem resultados positivos tanto para os pacientes, quanto ao município em geral, proporcionando conhecimento e promovendo a saúde. **Considerações finais:** Pode-se verificar que as ações desenvolvidas resultaram no desenvolvimento de orientação educativa para os pacientes com DM, fortalecendo a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com melhora significativa dos participantes que se engajaram para o seu tratamento. Ainda existem duas reuniões que serão realizadas, conforme proposto no plano, fortalecendo os resultados obtidos. Este fato teve contribuição da formação do grupo de diabéticos, que possivelmente terá continuidade, destacando-se como motivador para outros grupos de promoção da saúde. A equipe da ESF se consolidou atuando com atividades que possibilitaram ações individuais e coletivas em prol do paciente atendido na atenção básica. A criação dos materiais educativos e consultas individualizadas com orientações (utilizando os materiais criados), oportunizaram conhecimentos sobre reeducação alimentar, atividade física e autocuidado. **Recomendações:** Dar continuidade ao projeto, realizando todas as reuniões previstas, ampliar o número de participantes e organizar o “Dia do Diabetes”, campanha em prol da conscientização e prevenção da doença.

Palavras-chave: Diabetes. Intervenção. Educação. Saúde. Orientação.

ABSTRACT

Introduction: The Intervention plan that deals with Diabetes Mellitus: Strengthening adherence to treatment is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. Diabetes mellitus is a chronic disease, with silent evolution, difficult early diagnosis and difficult for its patients to adhere to treatment, so an intervention plan was designed to encourage the quality of life of diabetic patients in the city of Salto of Itararé/PR. **Objectives:** Develop educational guidance for patients diagnosed with Diabetes Mellitus, aiming to strengthen adherence to drug treatment, form a Diabetic Group, organize educational guidance material, carry out individual consultations, provide DM patients with knowledge about dietary re-education and encourage patients to perform regular physical activity practices. **Method:** Action research was the method used in this plan, it is an intervention project to implement measures to increase adherence to treatment by diabetic patients, which has the infrastructure of UBS Selmo Adalberto de Carvalho. **Results and discussion:** Twenty-two patients with decompensated DM, of both genders, were invited to participate in the project. The Diabetics Group was created, with activities consisting of lectures developed by the Health Team, with a dialogued slide presentation, preparation of educational material (folder), meetings held every three months; in addition to individual consultations and home visits. As a fundamental part of this project, the educational guidelines bring positive results for both patients and the municipality in general, providing knowledge and promoting health. **Final considerations:** It can be seen that the actions developed resulted in the development of educational guidance for patients with DM, strengthening adherence to drug and non-drug treatment, with significant improvement in participants who engaged in their treatment. There are still two meetings to be held, as proposed in the plan, strengthening the results obtained. This fact contributed to the formation of the diabetic group, which will possibly continue, standing out as a motivator for other health promotion groups. The ESF team was consolidated by working with activities that enabled individual and collective actions on behalf of the patient treated in primary care. The creation of educational materials and individualized consultations with guidance (using the created materials) provided opportunities for knowledge about dietary re-education, physical activity and self-care. **Recommendations:** Continue the project, holding all the meetings planned, expand the number of participants and organize the “Day of Diabetes” campaign to raise awareness and prevent the disease.

Keywords: Diabetes. Intervention. Education. Health. Guidance.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FOLDER DE ORIENTAÇÃO	30
---------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DETALHAMENTO DAS REUNIÕES REALIZADAS DURANTE A INTERVENÇÃO	31
QUADRO 2 – DETALHAMENTO DAS REUNIÕES A SEREM REALIZADAS NA INTERVENÇÃO (PLANEJAMENTO)	32

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
DM	- Diabetes Mellitus
DCV	- Doença Cardiovascular
ESF	- Estratégia Saúde da Família
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PMAQ	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	JUSTIFICATIVA	17
1.2	OBJETIVOS	17
1.2.1	Objetivo geral	17
1.2.2	Objetivos específicos	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	ATENÇÃO BÁSICA	19
2.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	22
2.3	DIABETES MELLITUS	24
3	MATERIAL E MÉTODOS	27
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1	CONSULTAS PARA ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL.....	29
4.2	FORMAÇÃO DO GRUPO DE DIABÉTICOS	29
4.3	QUADROS DE ESPECIFICAÇÕES SOBRE AS REUNIÕES	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
5.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	35
	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

A saúde é direito fundamental garantido em Constituição, permeada por política pública que interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas. Esta política não atua somente na ausência de saúde, mas também na promoção e prevenção.

A Estratégia Saúde da Família - (ESF), vem de um programa da atenção básica, que trabalha junto as famílias em sua residência ou nas Unidades Básicas de Saúde – (UBS) e funcionam como as portas de entrada ao Sistema Único de Saúde – (SUS). A escolha desse tema se deu pelo trabalho como médico na política de saúde no município de Salto do Itararé/Paraná/Brasil, que permitiu observação crítica da realidade vivenciada no município. O presente abordará esta problemática da adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus por pacientes atendidos pela Equipe de Saúde da Família no município.

Salto do Itararé é uma cidade do interior do Paraná, a qual faz divisa com o estado de São Paulo. Tendo população estimada de 4.898 habitantes. Apresenta uma área territorial de 200.520 km² (IBGE, 2020).

Quanto à rede de atenção à saúde, atualmente o município possui: 2 (duas) Unidades Básicas de Saúde, 1 (um) Hospital e 1 (um) Centro de Referência de Assistência Social – (CRAS), não possui Núcleo Ampliado de Saúde da Família - (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial – (CAPS). O hospital municipal atende 24 horas por dia, recebendo pacientes das UBS quando necessário encaminhamento, faz atendimentos de urgência e emergência, internamentos de casos de baixa complexidade e conta com auxílio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - (SAMU) para transferências de casos mais complexos.

Após reunião com a Equipe de Saúde, foi elaborado plano de ação com a finalidade de estimular a qualidade de vida dos pacientes diabéticos, mediante realização de busca ativa de pacientes com Diabetes Mellitus – (DM), realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde – (ACS) e a seguir serão realizadas consultas individuais e em grupo. Durante as consultas individuais serão solicitados exames laboratoriais e nas reuniões em grupo abordaremos sobre a educação em diabetes e suas complicações, o uso regular dos medicamentos, as técnicas corretas e cuidados com a aplicação de insulina. Também será realizado trabalho com auxílio de nutricionista e educador físico.

Para a implementação das medidas para ampliação da adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento, contaremos com a infraestrutura da UBS Selmo Adalberto de Carvalho, localizada no bairro Vila Nova. Os atendimentos serão realizados pela equipe de saúde, constituída por: um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes de saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

Dentre os principais atendimentos realizados na unidade em que atuo, constata-se a grande incidência de diabetes mellitus tipo 2 descompensada.

Tendo em mente que o diabetes mellitus é doença crônica, com evolução silenciosa, de difícil diagnóstico precoce e com dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos seus portadores, os profissionais da saúde se veem em grande desafio, pois cabe a eles, encontrar soluções para diminuir essas barreiras (BARBOSA e LIMA, 2006).

O estudo desse tema tem grande importância para mim como médico, pelo fato de ser grande problema de saúde pública, pelo desafio de poder tratar e fazer educação em saúde desses pacientes e também por gostar muito de endocrinologia; para os próprios pacientes e para toda a equipe de saúde.

Tenho boas expectativas na possibilidade de realizar este plano, pois a adesão ao tratamento por parte dos pacientes ajuda a prevenir acidentes vasculares cerebrais - (AVC), amputações e condições sistêmicas fulminantes como infartos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Desenvolver orientação educativa para os pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus, atendidos na UBS Selmo Adalberto de Carvalho, visando fortalecer a adesão ao tratamento medicamentoso.

1.2.2 Objetivos específicos

- Apresentar principais atribuições da Estratégia Saúde da Família e sua importância como Pilar da atenção básica;
- Elaborar revisão da literatura sobre Diabetes Mellitus;

- Formar Grupo de Diabéticos;
- Organizar material para orientação educativa no fortalecimento da adesão ao tratamento;
 - Realizar consultas individuais para orientação educativa;
 - Oportunizar aos pacientes com DM conhecimentos sobre reeducação alimentar, com auxílio de nutricionista;
 - Estimular os pacientes com DM a realizarem práticas de atividade física regulares.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica - (PNAB), aprovada em 2012, é resultado de luta de movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores de todas as esferas de governo.

Como já dito anteriormente, a Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde. Um dos pilares da Política de Saúde, sendo:

fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (PNAB, 2012)

É na Atenção Básica que ocorre a acolhida, a escuta e uma possibilidade de resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, assim, diminuindo danos e sofrimentos, tempo de busca por serviços e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, mesmo que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, pois assim estará garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivos que:

abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (PNAB, 2012)

Dentre os fundamentos da atenção básica destaca-se:

Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade. (PNAB, 2012)

Outro fundamento descrito na Política de Atenção Básica é coordenar a integralidade em seus vários aspectos:

integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas

tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. (PNAB, 2012)

Esse fundamento pressupõe uma mudança do processo de trabalho que deixa de ser focado em procedimentos profissionais para um processo focalizado no usuário, onde “o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica”. (PNAB, 2012).

Cabe ressaltar outro fundamento importante dessa Política é:

estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2011)

A Atenção básica tem que cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das RAS - (Redes de Atenção à Saúde). Dentre elas, destaca-se:

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulado também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. (BRASIL, 2011).

A RAS é o conjunto organizativo de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, que além da oferta de serviços, ocupa-se também de como estes serviços estão articulados, visando garantir a ampliação da cobertura em saúde. (BRASIL, 2009; 2011).

Novamente, a atenção básica é a porta de entrada e de comunicação para a RAS, que é constituída de equipe multidisciplinar, sendo responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011).

A RAS tem seu funcionamento dentro, mas não exclusivamente na Unidade Básica de Saúde - (UBS), devendo estar cadastrada no sistema de Cadastro Nacional e construída de acordo com normas sanitárias e contando com a infraestrutura definida pelo Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, ela deve possuir ainda:

consultórios médicos e de enfermagem e, caso possuam profissionais de saúde bucal, consultório odontológico; salas de acolhimento, procedimento, vacina, inalação, coleta de material biológico, curativo, observação, administração e gerência, além de áreas de recepção, arquivos, dispensação e armazenagem de medicamentos (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que a RAS é quem organiza os fluxos de atendimento dos serviços da Atenção Básica, de modo que eles sejam articulados e integrados.

Todas as esferas de governo possuem responsabilidades dentro da Política Nacional de Atenção Básica para fazer com que o sistema funcione.

Dentre as principais responsabilidades destaca-se a II “apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;” (BRASIL, 2001).

Assim como o Ministério da Saúde tem a competência de “Prestar apoio institucional aos gestores dos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção básica”. (PNAB, 2012)

Já as Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal compete, dentre outras:

IV - Inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica; V - Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União; VI - Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (PNAB, 2012)

A PNAB prevê que dentro do funcionamento das UBS possa-se contar com:

Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde – (ACS), entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica,

institucional e das necessidades de saúde da população. (PNAB, 2012)

Entretanto, os demais profissionais que a legislação não cita, ficam a critério das Secretarias Municipais de Saúde, onde muitas vezes não consegue completar se quer a equipe a mínima.

Com o objetivo de incentivar os gestores e equipes a melhorarem a qualidade de atendimento nos serviços de saúde ofertados no território, através da elevação do repasse de recursos, foi criado em 2011 o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – (PMAQ). Ele inclui, as equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Saúde Bucal e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica.

A Estratégia Saúde da Família aparece reformulada na Política Nacional de Atenção Básica, com o objetivo de ser cada vez mais próxima e com maior qualidade de atendimento para o cidadão no território. Ela é parte imprescindível da Política Nacional de Atenção Básica, por isso é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – (CONASEMS), como:

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2011).

Devido ao seu papel importante na Política de Saúde hoje e por ser objeto de estudo desta pesquisa, a Estratégia Saúde da Família, será abordada com mais detalhes a seguir.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Seguindo o modelo internacional e buscando uma reformulação do Sistema Único de Saúde, o Brasil, em 1994, criou um programa focal de atenção básica, que visava atender populações carentes do Nordeste brasileiro. Em 1998, esse programa foi reformulado para que este abrangesse a todo o sistema público de saúde do país. (SARTI ET AL., 2012).

Essa reformulação vem ao encontro de mudança paradigmática, onde passa-se a olhar não só para o ser humano em sua patologia, mas para o todo, o sujeito em seu contexto familiar e comunitário, tendo como base teórica e prática, a promoção da saúde, a integralidade da atenção e a vigilância em saúde. (SARTI ET AL., 2012).

A ESF foi implantada para reestruturar o sistema público de saúde, reorganizar a atenção primária no SUS e reavaliar as prioridades de ação em saúde, consolidando os princípios organizativos do SUS.

A quantidade de equipes e de profissionais atuantes na ESF devem estabelecer critérios de acordo com o número de habitantes de cada município, como define a Portaria 2.488, sendo: “Município com até 20 mil habitantes e contando com 1 (uma) a 3 (três) equipes de Saúde da Família, poderá ter até 2 (duas) equipes na modalidade transitória;”. (BRASIL, 2011)

Dentre as principais atribuições da equipe do ESF estão:

IV. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; V. Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. (BRASIL, 2011)

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

Toda a legislação vigente destaca a importância do trabalho integrado, setorial e intersetorial.

Vale salientar que, como aponta o Ministério da Saúde:

Desafios essenciais estão permanentemente colocados à Atenção Primária à Saúde – (APS), como a ampliação progressiva de sua cobertura populacional e sua integração à rede assistencial, ligados tanto ao aumento de sua resolutividade quanto de sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – (OMS), a saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades".

Oferecer atenção integral e a sustentar o enfoque social ampliado da estratégia de saúde da família, com um processo de trabalho apoiado em uma equipe multiprofissional com objetivos de inclusão social, exige a contínua qualificação dos profissionais inseridos e uma escolha pelo programa por parte desses profissionais. (SCOREL, ET. AL, 2007).

Este é o desafio do SUS hoje, ampliar ações de acolhimento interdisciplinar que são fundamentais para a eficaz implantação da ESF, visando o atendimento integral.

2.3 DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus configura-se hoje com epidemia mundial, tornando-se grande desafio para os sistemas de todo o mundo.

O DM é um importante e crescente problema de saúde pública mundial, independentemente do grau de desenvolvimento do país, tanto em termos de número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações, sendo a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crônicas mais frequentes (TORRES et al., 2009, p. 292).

O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das

complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados.

Os adultos com DM têm risco maior, duas a quatro vezes, de doença cardiovascular - (DCV) em comparação com os não diabéticos, doença vascular periférica e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006).

O diabetes é grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo: destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina.

Diabetes tipo 1: O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune, que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças autoimunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida.

O diabetes primário, ou idiopático, surge em geral até os 30 anos, atingindo preferencialmente crianças e adolescentes, podendo, entretanto, afetar pessoas de qualquer idade. Caracteriza-se por deficiência absoluta de produção de insulina no pâncreas; causando assim dificuldades ao fígado de compor e manter os depósitos de glicogênio que é vital para o organismo, com isso acumulando no sangue açúcar, levando a hiperglicemia que quer dizer: alto nível de glicose no sangue. Assim a

eficiência das células fica reduzida para absorver aminoácidos e outros nutrientes necessários, necessitando do uso exógeno do hormônio de forma definitiva (SARTORELLI; FRANCO, 2003)

Diabetes tipo 2: O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

Embora não se saiba o que causa o diabetes tipo 2, sabe-se que neste caso o fator hereditário tem uma importância bem maior do que no diabetes tipo 1. Também existe uma conexão entre a obesidade e o diabetes tipo 2, embora a obesidade não leve necessariamente ao diabetes (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de atenção básica.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de projeto de intervenção para implementar as medidas de ampliação da adesão ao tratamento por parte dos pacientes diabéticos, no qual conta-se com a infraestrutura da UBS Selmo Adalberto de Carvalho, que fica localizada no bairro Vila Nova, na cidade de Salto do Itararé/PR.

O projeto será dividido da seguinte forma:

1.1 Levantamento e busca ativa de pacientes portadores de DM descompensada: realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde nas suas microáreas. Consiste em agendar consultas para pacientes que necessitam de controle e acompanhamento médico.

1.2 Consultas individuais: Será realizado exame físico e clínico, com anotação em prontuários. Também serão solicitados exames laboratoriais, como por exemplo: Glicose em jejum e/ou Hemoglobina Glicada. O tratamento inclui: medicamentos e/ou terapia com insulina, dependendo de cada caso; dieta e exercícios físicos.

1.3 Encaminhamento para Nutricionista: O planejamento alimentar é essencial no tratamento da DM, com objetivo de controlar peso e níveis de glicose. É fundamental conhecer toda a rotina alimentar do paciente. A nutricionista irá passar o programa alimentar que deve ser seguido, além de instruções e orientações.

1.4 Criação do Grupo de Diabéticos: Essa etapa consiste em organizar um grupo de pacientes portadores de DM, onde haverá palestras do médico e do enfermeiro e também de outros profissionais convidados, como: nutricionista e educador físico, estimulando a reeducação alimentar e a prática de atividade física regular. As reuniões terão auxílio da auxiliar de enfermagem e dos ACS. Durante as palestras será ressaltado a importância das medidas preventivas, quais os riscos da doença e benefícios do tratamento proposto a eles.

Essas reuniões acontecerão a cada 3 (três) meses, totalizando 4 (quatro) reuniões anuais e serão realizadas dentro da própria UBS, respeitando as

orientações da OMS para prevenção da COVID-19, sendo obrigatório uso de máscara e distanciamento social.

1.5 Material para orientação educativa: Será realizado apresentação de slides e folder de orientação, baseado nos conteúdos emergentes da revisão de literatura, visando o fortalecimento da adesão ao tratamento. Este material educativo será disponibilizado durante as reuniões.

1.6 Prática de atividade física: A atividade física tem um papel importante no tratamento e controle do Diabetes, é uma forma eficaz de prevenir complicações, auxiliando no controle glicêmico. Como dito anteriormente, será realizado trabalho junto com educador físico, buscando estimular os pacientes com DM a realizarem práticas de atividade física regulares, respeitando a individualidade de cada um.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CONSULTAS PARA ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL

Para a revisão da literatura o tipo de pesquisa escolhida foi a Explicativa, através de pesquisa bibliográfica e documental, bem como análise da legislação vigente. Também foi realizada pesquisa em livros de autores que discutem a saúde no Brasil. Apresentando as principais atribuições da Estratégia Saúde da Família e sua importância como pilar da atenção básica, elaborando também revisão de literatura sobre Diabetes Mellitus.

Inicialmente foram convidados para participar do projeto 22 (vinte e dois) pacientes portadores de DM descompensada, de ambos os sexos. Foram escolhidos 2 (dois) pacientes de cada microárea, segundo levantamento e busca ativa realizada pelos ACS.

Todos os pacientes selecionados participaram das consultas individuais, que foram agendadas conforme disponibilidade. Durante essas consultas foi realizado exame físico e clínico, solicitados exames laboratoriais e os pacientes foram orientados sobre o tratamento, que foi inserido dependendo de cada caso e, em seguida encaminhados para a nutricionista, que está realizando os atendimentos individuais conforme disponibilidade de agenda, com objetivo de controlar peso e níveis de glicose. Através das consultas, a nutricionista conhece toda a rotina do paciente e passa o programa alimentar que deve ser seguido.

4.2 FORMAÇÃO DO GRUPO DE DIABÉTICOS

Sendo assim, foi desenvolvido o Grupo de Diabéticos, que consiste em palestras desenvolvidas pela Equipe de Saúde, com finalidade de salientar os benefícios da adesão ao tratamento proposto a eles. As reuniões acontecem a cada 3 (três) meses, sendo realizado apresentação de slides e folder de orientação educativo.

O folder foi desenvolvido pela equipe de saúde, impresso na própria UBS e entregue aos participantes no início da primeira reunião. Foi desenvolvido para ser impresso em folha A4, contém informações sobre diabetes, incluído o que é a

patologia, fatores de risco, sinais e sintomas, complicações. Conforme imagem abaixo:

FIGURA 1: FOLDER DE ORIENTAÇÃO

DIABETES MELLITUS

VOCÊ SABE O QUE É?

Unidade Básica de Saúde:
Selmo Adalberto de Carvalho

Salto do Itararé/PR.



É um distúrbio no qual níveis de açúcar no sangue (glicose) são elevados, porque o organismo não produz ou há resistência a insulina para atender às necessidades do organismo.

SINTOMAS:

- Fome excessiva
- Sede excessiva
- Infecções frequentes (bexiga, rins e pele)
- Feridas que demoram para cicatrizar
- Alteração visual (visão embaçada)

FATORES DE RISCO:

- História familiar
- Estresse
- Alcoolismo
- Obesidade



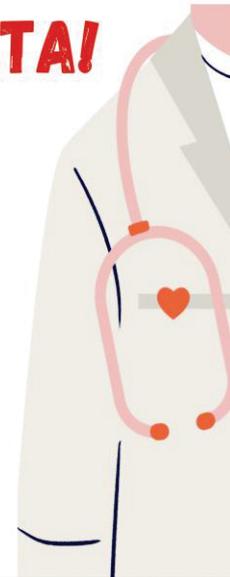
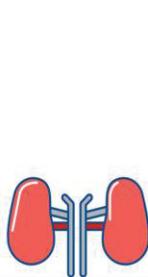
COMPLICAÇÕES:

- Olhos (pode levar a cegueira)
- Rins
- Nervos
- Pé diabético

PREVENÇÃO:

- Hábitos alimentares saudáveis
- Praticar atividades físicas regularmente
- Evitar consumo excessivo de açúcar e gordura

CUIDAR DE VOCÊ É A NOSSA META!



FONTE: Berlanda, J. C.; Hammerschmidt, K. S. A. Folder de orientação sobre diabetes mellitus, complicações e prevenção. Curso de Especialização Atenção Básica/UNA-SUS/UFPR, 2021.

4.2 QUADROS DE ESPECIFICAÇÕES SOBRE AS REUNIÕES

QUADRO 1 – Detalhamento das reuniões realizadas durante a intervenção

PRIMEIRA REUNIÃO	
Data/Horário/Local	Realizada em 04/03/2021, às 15:30 horas, na UBS Selmo Adalberto de Carvalho – Bairro: Vila Nova, em Salto do Itararé/PR.
Objetivo	Promover conhecimento sobre: O que é DM, prevenção, complicações e tratamento.
Estratégia	Desenvolver orientações educativas, com palestra ministrada pelo médico da UBS.
Duração/Participantes	Reunião com duração de 40 minutos, com a participação dos 22 pacientes convidados.
Recursos Educativos	Apresentação de slides e folder de orientação com informações sobre o tema.
SEGUNDA REUNIÃO	
Data/Horário/Local	Realizada em 10/06/2021, às 15:00 horas, na UBS Selmo Adalberto de Carvalho – Bairro: Vila Nova, em Salto do Itararé/PR.
Objetivo	Estimular os pacientes a realizarem práticas de atividade física regulares.
Estratégia	Desenvolver orientações educativas, com palestra realizada pelo educador físico convidado.
Duração/Participantes	Reunião com duração de 1 hora. Contou com a participação de 20 dos 22 pacientes convidados do planejamento inicial.
Recursos Educativos	Apresentação de slides com orientações e informações sobre o tema.

FONTE: O autor (2021).

Na segunda reunião foi realizada palestra ministrada pelo educador físico convidado pela equipe de saúde. A reunião teve duração de 1 (uma) hora, conforme

o planejamento inicial, 2 (dois) participantes não puderam comparecer, contando assim com a participação de 20 (vinte) dos 22 (vinte e dois) convidados.

O profissional estimulou os pacientes a realizarem práticas de atividades físicas regulares. Em uma breve conversa com cada participante observou a individualidade de cada um e suas preferências sobre exercícios físicos. Assim, através de orientações educativas, apresentou os benefícios da atividade física no tratamento e controle do diabetes.

A reunião obteve bom resultado, sendo verificado que o palestrante cativou os participantes, que interagiram de forma positiva com o profissional e se comprometeram a seguir com o planejamento realizado. As ações desenvolvidas evidenciam a importância do tratamento e cuidado das pessoas com o diabetes mellitus.

A terceira e quarta reunião estão programadas para ocorrer conforme as especificações abaixo:

QUADRO 2 - Detalhamento das reuniões a serem realizadas na intervenção (planejamento)

TERCEIRA REUNIÃO	
Data/Horário/Local	Será realizada em 09/09/2021, às 15:30 horas, na UBS Selmo Adalberto de Carvalho – Bairro: Vila Nova, em Salto do Itararé/PR.
Objetivo	Abordar sobre a educação em diabetes para o autocuidado e orientações sobre controle glicêmico.
Estratégia	Desenvolver orientações educativas, tendo como palestrante o enfermeiro da UBS.
Duração/Participantes	Reunião deverá ter duração de 40 minutos. Serão convidados os 22 pacientes selecionados do planejamento inicial.
Recursos Educativos	Apresentação de slides com orientações e informações sobre o tema.
QUARTA REUNIÃO	
Data/Horário/Local	Prevista para ocorrer em 09/12/2021, às 15:00 horas, na UBS Selmo Adalberto de Carvalho – Bairro: Vila Nova, em Salto do Itararé/PR.
Objetivo	Abordar sobre orientação nutricional; Coletar os resultados do projeto (avaliando o número de pacientes que obtiveram melhora na qualidade de vida, através da adesão ao tratamento proposto).

Estratégia	Desenvolver orientações educativas, terá como palestrante a nutricionista do município.
Duração/Participantes	Reunião deverá ter duração de 1 hora. Serão convidados os 22 pacientes selecionados.
Recursos Educativos	Apresentação de slides com orientações e informações sobre o tema.

FONTE: O autor (2021).

Os resultados das duas primeiras reuniões, evidenciaram respeito as orientações da OMS para prevenção da COVID-19, sendo obrigatório o uso de máscara e distanciamento social entre os pacientes. Logo na entrada da UBS fica disponibilizado álcool 70%, reforçando a importância da assepsia das mãos.

Estudos descrevem que o uso de medicamentos para tratamento do diabetes apresenta melhor taxa de adesão pelos pacientes. Entretanto, diminui a adesão ao tratamento não medicamentoso, como o autocuidado. A prática de exercícios físicos e melhora da alimentação, junto a adesão ao tratamento, com o passar do tempo diminui riscos de complicações do diabetes (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010; Rezende, et al., 2015).

Quanto aos resultados obtidos até o momento, houve melhora significativa por parte dos participantes, que se engajaram de forma positiva na intervenção. Nota-se que através das informações disponibilizadas pelos palestrantes, todos os participantes tomaram a iniciativa de melhorar a qualidade de vida, mediante aos relatos observados durante esse período.

A educação em saúde deve informar, motivar e fortalecer os sentimentos dos pacientes com DM, com objetivo de controlar, prevenir ou retardar as complicações da doença. Destaca a necessidade da participação do paciente, familiares e profissionais no processo educativo, adaptando as necessidades e condições locais (Miyar, 2003).

Em continuidade a esse projeto, os Agentes de Saúde realizam visitas domiciliares semanais, sendo possível constatar que os pacientes estão seguindo o tratamento proposto a eles de maneira correta. Através dessas visitas os ACS monitoram esses pacientes e coletam informações que são repassadas ao enfermeiro e ao médico da UBS.

Desta forma pode-se verificar que as ações desenvolvidas resultaram no desenvolvimento de orientação educativa para os pacientes com DM, fortalecendo a adesão ao tratamento medicamentos e não medicamentosos. Também a equipe da ESF se consolidou atuando com atividades que possibilitaram ações individuais e coletivas em prol do paciente atendido na atenção básica. Este fato teve contribuição da formação do grupo de diabéticos, que possivelmente terá continuidade, destacando-se como motivador para outros grupos de promoção da saúde. Como estratégia relevante para este grupo destaca-se a criação dos materiais educativos e consultas individualizadas com orientações (utilizando os materiais criados), oportunizando conhecimentos sobre reeducação alimentar, atividade física e autocuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao hábito de vida não saudável estimulado nos dias atuais, que inclui alimentação inadequada, elevado nível de estresse, obesidade e sedentarismo, verifica-se alta na incidência de Diabetes Mellitus. Esta doença reduz a qualidade e expectativa de vida de seus portadores, podendo levar a complicações irreversíveis como AVC, amputações e infartos.

Com a implementação desse projeto, foi possível verificar importantes contribuições para a população participante, visto que duas reuniões ainda serão realizadas conforme proposto no plano. Contudo, com as atividades já realizadas, verificou-se fortalecimento da adesão ao tratamento dos pacientes com DM selecionados nessa intervenção, na UBS Selmo Adalberto de Carvalho em Salto do Itararé/PR, proporcionando estímulo para melhoria da qualidade de vida.

As ações desenvolvidas envolveram orientação educativa para os pacientes com DM, com material inovador criado conforme as necessidades verificadas. A equipe da ESF envolvida na intervenção se consolidou, mediante ações individuais e coletivas centralizadas no paciente atendido na atenção básica. Também se destaca a formação do grupo de diabéticos, que possivelmente terá continuidade, como motivador para outros grupos de promoção da saúde, mediante vivências que oportunizam conhecimentos sobre reeducação alimentar, atividade física e autocuidado. O folder de orientação desenvolvido possibilitou socialização da informação científica e disseminação de importantes conhecimentos sobre diabetes para os pacientes e para a comunidade.

Enfatiza-se como parte fundamental desse projeto, as orientações educativas que trazem resultados positivos, tanto para os pacientes, quanto ao município em geral; visto que proporcionam conhecimento fidedigno, com informações e evidências científicas, promovendo saúde de todos.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Dar continuidade ao projeto, realizando todas as reuniões previstas. Ampliar o número de participantes, que foi reduzido nessa intervenção devido a pandemia da COVID-19. Formar novos grupos de Diabéticos e expandir para as demais Unidades

de Saúde do Município. Organizar o “Dia do Diabetes” campanha em prol da conscientização e prevenção da doença.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. **Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo.** Rev Bras Hipertensão, 13, p. 35-8, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.** NOB- SUS- 96. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 21 maio 2021.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006.** Vol. 4. Secretaria de Atenção Básica Departamento de Atenção Básica. Brasília. DF. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 21 maio 2021.
- COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Patologia estrutural e funcional.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000. Cap. 20.
- ESCOREL, S.; et. al. **O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev Panam Salud Pública. Vol. 21, n. 2, p. 164-174. 2007.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2020: Salto do Itararé/Paraná/Brasil.** Disponível em: <http://ibge.gov.br>. Acesso em 10 maio 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica - Diabetes Mellitus. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA – n.º 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília – DF: Secretaria de Atenção à Saúde 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 maio 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: Avanços e limites.** Elaborado por NEGRI, Barjas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 maio 2021.
- MIYAR, L. O. **Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 em la comunidad.** Rev Latino-am Enferm. 2003.
- SARTI, T. D.; et. al. **Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família.** Cad. Saúde Pública. vol.28, n.3, p. 537-548. 2012.
- SARTORELLI, D. S.; FRANCO, J. L. **Tendência do diabetes mellitus no Brasil: O papel da transição nutricional.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003 p. 29-36.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; REZENDE, ET AL., 2015. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Rev Bras Hipertens, 2010.

TORRES, C. H.; et al. **Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009.