

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAPHAELLA CAMBRAIA FURTADO CAMPOS

**ESTRATÉGIAS PARA ADEQUADA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
DIABETES MELITUS TIPO 2 NO PSF VILA SÃO JORGE**

CAMPO BELO/MG
2014

RAPHAELLA CAMBRAIA FURTADO CAMPOS

**ESTRATÉGIAS PARA ADEQUADA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
DIABETES MELITUS TIPO 2**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Adelaide De Mattia Rocha

CAMPO BELO/MG
2014

RAPHAELLA CAMBRAIA FURTADO CAMPOS

**ESTRATÉGIAS PARA ADEQUADA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
DIABETES MELITUS TIPO 2**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Adelaide De Mattia Rocha

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/____

RESUMO

As doenças crônicas na atualidade são muito prevalentes e geram grande impacto à saúde mundial, e o Diabetes Mellitus dito 2(DM2) segue esse mesmo curso, é uma doença que tem sua incidência aumentando a cada ano e tem se tornado problema de Saúde Pública nos países pobres e até nos desenvolvidos, gerando grande impacto econômico a esses países. No PSF da Vila São Jorge, pertencente ao Município de Campo Belo, existe uma grande dificuldade por parte dos profissionais de saúde em conseguir um bom controle e acompanhamento dos usuários com DM2. O principal problema é a má adesão dos pacientes ao tratamento proposto. São vários os “nós críticos” que levam a esse entrave, e a falta de instrução é considerada pela equipe o principal. O projeto de intervenção, apresentado neste trabalho, foi elaborado levando em conta a realidade vivenciada dentro da Unidade de Estratégia de Saúde da Família, o PSF Vila São Jorge, e na comunidade. O que se pretende com o projeto é conseguir que os pacientes diabéticos e todos moradores da Vila São Jorge tenham maior conhecimento sobre o DM2 e seu tratamento, se conscientizem da importância de adotar hábitos de vida mais saudáveis, praticando mais atividades físicas, seguindo uma alimentação adequada a saúde e o projeto, também, tem objetivo de quebrar o paradigma que as pessoas têm sobre o uso de insulina.

Palavras Chave: Diabetes Mellitus, Estratégia de Saúde da Família, Pacientes Desistentes do Tratamento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo Geral	13
3.2 Objetivos Específicos	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

Apresentação do município e da área de abrangência, onde será aplicado o projeto de intervenção.

1-Identificação do Município:

Campo Belo, MG

Campo Belo situa a 210 quilômetros da capital de Minas Gerais, Belo Horizonte, na região centro oeste do estado. Localiza-se exatamente na latitude 20.89° e longitude 45.27°. As vias de acesso são a BR-354, BR-369, BR381. A BR-381 pode ser acessada em três pontos: Perdões (30Km), Santo Antônio do Amparo (50Km) e Oliveira(63Km).

A população do município é de 51.544 habitantes.

2-História de Criação do Município:

Segundo a história oral, o nome de Campo Belo foi dado pelo Capitão-Mór Romão Fagundes do Amaral que havia recebido a Sesmaria do Campo Grande, hoje Município de Perdões, cujas terras se estendiam até onde está o Município de Cristais, e quando de sua passagem por aqui, em trabalho de inspeção de sua Sesmaria é que teria exclamado “QUE BELO CAMPO!” e, um de seus acompanhantes teria acrescentado, “QUE CAMPO BELO!”. O Arraial do Ribeirão São João (primeiro nome dado a Campo Belo) fora elevado à categoria de Distrito pelo Alvará Régio de 24 de setembro de 1.818. E a Lei Provincial Nº 2.221 de 13 de junho de 1.876, o elevou a categoria de Vila, aí já com o nome de Campo Belo, porém, a falta de entendimentos para a definição dos nomes que comporiam a Câmara, adiou em três anos o processo que somente, com a posse da 1ª Câmara de Vereadores (Intendência) presidida pelo Agente Administrativo, Francisco Rodrigues Neves (Comendador), a Vila foi finalmente implantada, em 28 de setembro de 1.879, sendo que passava a integrar à Freguesia do Senhor Bom Jesus de Campo Belo, o Distrito de Paz de São Sebastião do Porto dos Mendes, que até então pertencia ao Município de Dolores da Boa Esperança.

A primeira comemoração em homenagem à Cidade se deu em 28 de setembro de 1.935, esta data ficou definida como o “Dia da Cidade”, era Prefeito (primeiro) de Campo Belo, o Sr. Antônio de Bastos Garcia. Não se observou a data

da Lei que elevou a Vila do Senhor Bom Jesus de Campo Belo à condição de Cidade e sim a data da Vila o que na prática deixou a cidade cinco anos mais velha.

3-Descrição do Município

3.1-Aspectos Geográficos:

A área total do município 528.225Km². A concentração habitacional é predominantemente urbana. São aproximadamente 17.173 domicílios e 16.200 famílias.

3.2- Aspectos Socioeconômicos:

O índice de desenvolvimento humano é de 0,776. A taxa de urbanização é de 92,7%. A renda média familiar é de 647 reais e 36 centavos. A taxa de abastecimento e de recolhimento de esgoto por rede pública é de 100%.

A economia é variada, Campo Belo vem se destacando nos últimos anos como um polo de indústrias têxteis, contando com várias empresas deste setor.

Na agricultura destacam-se café, milho, feijão e o arroz, na pecuária praticamente todos os produtos derivados do gado tem grande expressão tais como o leite (laticínios), carne (frigoríficos) e couro (curtumes). A indústria de base e o ramo da mineração são outros seguimentos de destaque sendo que este último deve-se à presença de granitos, argilas e calcário. A indústria cerâmica também tem presença importante na economia. O setor de serviços é bastante diversificado, com grandes lojas, redes de eletrodomésticos, panificadoras, colégios e faculdades.

3.3- Aspectos Demográficos:

A taxa de crescimento anual é de aproximadamente 0,76 ao ano, já que em 2010 havia 51.544 e estimativa de 2013 foi de 53.656.

A densidade demográfica é de 97,58 hab/km². A taxa de alfabetização na cidade é de 88,18% (pessoas com 15 anos ou mais). A incidência de pobreza no município é de 35,13% e a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 24,78%.

O percentual da população usuária da assistência de saúde no SUS é de aproximadamente 98%.

3.5- Sistema Local de Saúde:

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 16 conselheiros (efetivos e suplentes). Sendo oito usuários, três representantes do governo, dois profissionais da saúde e três prestadores de serviço à saúde. E as reuniões do conselho são semestrais. O Fundo Municipal de Saúde tem CNPJ próprio, segundo Astir, responsável pela organização dos dados epidemiológicos da cidade.

O programa Saúde da Família foi implantado em Campo Belo há mais de quinze anos. O programa consegue cobrir atualmente 98,27% da população. São 18 equipes de saúde da família, sendo uma na zona rural. Existem 3 Núcleos de Apoio a Saúde da família, com 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social e 1 educador físico. E há no município um centro de especialidades odontológicas.

O sistema de referência e contra referência conta com serviços como o Hiperdia, Viva vida, clínica de especialidades, serviço municipal de reabilitação e CAPS. A referência é feita por intermédio da autorização de internação hospitalar (AIH) e autorização de procedimento ambulatorial (APAC).

O município possui redes de média complexidade, mas, muitas vezes, precisa referenciar seus pacientes a outros municípios para terem atendimento das redes de média (as que não há no município) e de alta complexidade.

Os recursos humanos em saúde que trabalham no SUS em Campo Belo são: 74 profissionais autônomos, sendo 73 intermediados por empresa privada e 1 sem intermediação. Dois bolsistas (médicos do PROVAB). 649 profissionais têm vínculo empregatício com a prefeitura, sendo 625 contratados por prazo determinados, 8 em emprego público e 16 estatutário.

4-Território /Área de abrangência

O território adscrito ao PSF Vila São Jorge é composto pelos seguintes bairros: Vila São Jorge, Pedreira e Cidade Jardim I e II. O número de famílias cadastradas no PSF são 963 e são 2.979 habitantes. Sendo 89,75% alfabetizados.

Os principais postos de trabalho da população são: doméstica, pedreiro, servente e safrista. A maioria das famílias é de baixo nível sócio econômico e reside em moradias humildes. O índice de violência é alto nesses bairros, um dos motivos é o tráfico de drogas, um dos principais pontos de comercialização de drogas da

cidade está localizado ali, o que, também, contribui para o grande número de dependentes químicos no território.

O padrão demográfico da comunidade segue o comportamento atual do território brasileiro, é composta em grande parte por idosos. Com isso, o número de doentes crônicos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) local é significativo, sendo o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) uma doença de grande prevalência e com impacto significativo na qualidade de vida de muitos adultos e idosos que ali residem. Segundo dados coletados pelas Agentes Comunitárias no mês de maio, estão cadastrados na ESF da Vila São Jorge, 540 hipertensos destes 487 estão em acompanhamento e 124 diabéticos destes 114 em acompanhamento.

4.1- Recursos da Comunidade.

Na comunidade não há outros recursos em saúde, além da Unidade Básica. Para as crianças frequentarem creches ou escolas, elas têm que deslocar para outro bairro próximo, como o Feira. Existem várias igrejas evangélicas, mas nenhuma católica na Vila São Jorge.

Luz elétrica e água tratada estão presentes em quase todas as casas. Há sinal de telefonia em todo bairro. Porém, não existem correios ou bancos de fácil acesso à população.

5- Unidade Básica de Saúde:

Há 14 anos a Unidade está inserida na comunidade, e no mesmo local improvisado, no Galpão da Associação de Bairros, na Rua João Silveira Brasil, número 173, no centro do bairro Vila São Jorge. O horário de funcionamento é de segunda a sexta de sete às onze horas da manhã e de uma às cinco horas da tarde.

5.1- Recursos Humanos

Na unidade trabalham sete agentes comunitárias, uma atendente, uma dentista, uma auxiliar de dentista, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira, de segunda a sexta, de sete às dezessete horas. Uma médica, de segunda a quinta de sete às dezessete horas. Uma fisioterapeuta na quarta feira pela manhã, dois psicólogos um trabalha terça feira de sete às onze horas da manhã e outro sexta feira de sete às onze horas da manhã. E uma educadora física que atua no turno da manhã de quarta feira.

5.2- Recursos Materiais

A área física da UBS é inadequada, com cômodos improvisados e pequenos. A recepção dá acesso direto para as salas do médico, dentista, enfermeira e técnico de enfermagem. Não há sala apropriada para procedimentos, como sutura e nem sala para reuniões ou cozinha.

Os materiais para procedimentos de enfermagem são adequados, há apenas um computador na unidade e nenhum material estéril apropriado para pequenas cirurgias. A nova unidade Vila São Jorge já está pronta, há três quadras dessa antiga, a transferência está prevista o início de junho.

2 JUSTIFICATIVA

A Estratégia de Saúde da família (ESF) norteada pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS); integralidade, equidade e universalidade, tem como dever a promoção, prevenção, recuperação da saúde, reabilitação de doenças e agravos, que são ações que devem ser trabalhadas em conjunto, de forma dinâmica, autônoma e resolutiva, para modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e comunidade (BRACCIALLI e VIEIRA, 2012) (LINARD, CASTRO e CRUZ, 2011).

No cotidiano de uma ESF é importante democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo atividades multiprofissionais e interdisciplinares, sempre valorizando a integralidade da assistência (MOREIRA e FREITAS, 2010).

Ao elaborar estratégias de prevenção e bom controle do DM2 devem ser seguidos todos esses fundamentos expostos acima, é importante, também, que toda equipe da unidade esteja atuando de forma humanizada, fazendo um bom acolhimento para criar vínculo sólido e de confiança com os usuários, diabéticos ou não, para que a estratégia proposta tenha aceitação e maiores chances de sucesso (ARRUDA e SILVA, 2012).

No PSF da Vila São Jorge, apresentado na introdução, onde será aplicado o projeto de intervenção elaborado com base neste projeto, existe uma grande dificuldade por parte dos profissionais em conseguir bom controle e acompanhamento dos usuários com DM2. O principal problema é a má adesão dos pacientes ao tratamento proposto (BOAS, FOSS-FREITAS e PACE, 2014). São vários os “nós críticos” que levam a esse entrave, e a falta de instrução é considerada pela equipe o principal, pois muitos pacientes além de ter dificuldade em compreender o que orientado, são analfabetos, não conseguem identificar as medicações pelos nomes, e com isso, acabam ingerindo medicação errada, na hora errada, ou nem a usam.

A cultura da resistência ao uso da insulina ainda está presente na comunidade, o que inviabiliza o tratamento de pessoas insulino-dependentes. A reeducação alimentar e a prática de atividades físicas, também, são barreiras a ser transpostas. O trabalho do médico e enfermeiro aliado ao do nutricionista e educador físico não tem tido sucesso, pois muitos pacientes não aceitam ser

orientados por estes profissionais, ou não seguem o que é proposto, ingerem grande quantidade carboidratos e permanecem sedentários (LYRA *et al*, 2006) (GRILLO e GORINI, 2007).

Apesar de muitas dificuldades encontradas para implantação de atividades educativas na ESF, como: a grande demanda por consultas, a resistência da população para participar dessas atividades, valorizando o aspecto curativo da assistência, é importante investir esforços para uma educação dos usuários do PSF, no intuito não só de melhorar a adesão ao tratamento de DM2, mas também, prevenir a doença (MOREIRA e FREITAS, 2010).

Um bom modelo de educação em saúde deve ter objetivo de reflexão e de conscientização crítica da população sobre sua realidade, pretendendo junto com a equipe da ESF desenvolver planos de ação para modificar sua realidade, buscando prazer em viver bem e melhorar sua qualidade de vida (MOREIRA e FREITAS, 2010).

Existem vários instrumentos que os profissionais de saúde podem utilizar para ações educativas, como; palestras, cartazes, panfletos, nas atividades cotidianas do profissional e os grupos. Este último pode desenvolver vínculo de confiança entre os profissionais e usuários, promovendo uma construção de saber horizontal, valorizando o indivíduo, promovendo integração entre todos participante, conseguindo, então, maior interesse e compreensão pelos participantes (BRACCIALLI e VIEIRA, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção, na área de abrangência do PSF Vila São Jorge, para estimular os pacientes com Diabetes Mellitus a aderirem corretamente ao tratamento proposto pela equipe multidisciplinar.

3.2 Objetivos Específicos

- Obter informações através dos registros da equipe sobre o perfil dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Fazer um estudo em conjunto a toda equipe dos principais problemas que impossibilitam a boa adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento.
- Aumentar a informação da equipe sobre o DM2, através material e reuniões educativas.
- Elaborar estratégias com uma equipe multidisciplinar para diminuir a má adesão dos diabéticos ao tratamento e criar planos para conseguir uma boa prevenção da doença, focando os pacientes com fatores de risco.
- Formular atividades educativas para a comunidade aprender sobre o DM2, seus fatores de risco, suas possíveis sequelas, formas de prevenção e de tratamento.
- Propor reuniões periódicas para análise dos resultados alcançadas com o plano de intervenção.

4 METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional para identificar os problemas relativos à comunidade adscrita à ESF Vila São Jorge através do método de estimativa rápida. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); entrevistas com informantes-chave da comunidade utilizando questionários curtos e observação ativa da área pelos membros da equipe especialmente os agentes comunitários de saúde.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi feita pesquisa bibliográfica na modalidade de revisão de literatura nos seguintes bancos de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE, os descritores de utilizados de modo isolado ou em associação foram: Diabetes Mellitus tipo 2, Grupos Educativos, Estratégia Saúde da Família, no período de 2007 a 2014.

Dentre os artigos revisados, foram selecionados aqueles que se enquadravam no enfoque do deste trabalho e mais relevantes em termos de delineamento e resultados encontrados. Alguns artigos citados nesses trabalhos foram utilizados, a fim de trazer informações complementares.

Propôs-se, então, a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento do problema levantado pela Equipe de Saúde da Família da Vila São Jorge, no município de Campo Belo, baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), foi priorizado a má adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 e o estudo e elaboração de estratégias para combate-la.

5 REVISÃO DE LITERATURA

As doenças crônicas na atualidade são muito prevalentes e geram grande impacto à saúde mundial, e o Diabetes Mellitus dito 2(DM2) segue esse mesmo curso, é uma doença que tem sua incidência aumentando a cada ano e tem se tornado problema de Saúde Pública nos países pobres e até nos desenvolvidos, gerando grande impacto econômico a esses países. Muitos são os fatores que levaram a esse aumento, interações genéticas, maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono, inatividade física, obesidade, entre outros (LYRA *et al* ,2006) .

Apesar de já existir um conhecimento abrangente sobre o DM2, seus fatores de risco, modo de prevenção e inúmeras formas de tratamento, a mortalidade atribuível diretamente ou indiretamente a esta doença e suas sequelas permanecem elevadas.

Reduzir o impacto do diabetes na saúde da população mundial significa reduzir sua incidência e conseguir boa adesão ao tratamento pelos portadores da doença. Para isso é preciso intervir sobre os fatores de risco e diminuir a população sob esses riscos, que são:

*“idade, gênero, etnia, história familiar de diabetes mellitus tipo 2, obesidade, sedentarismo, diabetes gestacional, macrossomia, hipertensão arterial, diminuição do colesterol high-density lipoprotein, aumento dos triglicérides, doenças cardiovasculares, síndrome de ovários micropolicísticos, glicemia elevada em testes anteriores, tolerância à glicose diminuída e hemoglobina glicada $\geq 5,7\%$.” (MARINHO.*Et al*, 2013, p.570)*

Para conseguirmos uma boa adesão ao tratamento de uma doença é preciso reconhecer o que causa a má adesão e intervir nesses determinantes. As pessoas que sofrem de doenças crônicas, como DM2, tendem a ter pouco ou nenhum sintoma e são mais propensas a não adesão, pela crença de que a medicação não é necessária. A complexidade do regime medicamentoso, o número de medicamentos e a frequência das doses dos mesmos, são fatores que, também, determinam negativamente na adesão ao tratamento.

Segundo Boas, Foss-Freitas e Pace (2014), outros fatores que parecem se associar com a baixa adesão ao tratamento medicamentoso do DM2 são: mais de cinco anos portando a doença, o uso de insulina como tratamento medicamentoso e o mau controle glicêmico.

Uma forma efetiva para intervir em todos esses fatores citados é através da educação em saúde dentro da Estratégia de Saúde da Família, focando múltiplos aspectos do DM2, fazendo com que os portadores e toda população entenda a doença e se sinta estimulada a modificar seu comportamento no intuito de prevenir a doença e seus agravos, naqueles já doentes.

É importante que a população saiba que o DM2, juntamente com a hipertensão arterial sistêmica, é fator de risco para doenças cerebrovasculares e doenças cardíacas isquêmicas e, caso não seja adequadamente tratado, pode levar a complicações vasculares, renais e cardíacas que reduzem significativamente a qualidade de vida do portador. Os portadores da doença devem estar cientes que adequados tratamentos do diabetes podem reduzir ou retardar o aparecimento dessas complicações. Todavia, quando iniciados, esses tratamentos persistem por toda a vida do paciente, que deverá aderir ao tratamento, para não prejudicar sua qualidade de vida.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, a adoção de um estilo de vida adequado, com a prática regular de atividades físicas e a ingestão de dieta adequada, é praticamente duas vezes mais efetiva que o tratamento farmacológico no controle do DM. Porém, na perspectiva tanto do paciente como do profissional da saúde, o tratamento do DM é complexo e difícil de ser realizado, o que tem acarretado dificuldades no controle da doença. Modificações nos hábitos de vida relacionados ao tipo de dieta ingerida, à realização de atividade física, monitorização glicêmica, uso diário de medicamentos e de insulina constituem os fundamentos da terapia.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, o aumento da realização de atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis não são apenas um problema individual, mas sim um problema social, que exige estratégias de ação voltadas para a população, considerando os aspectos culturais apresentados por ela. É necessário que haja uma transformação na maneira de pensar da população e principalmente na ótica dos técnicos de saúde envolvidos nesse processo. Para

que tal fato ocorra, é preciso a promoção de processos participativos, que desenvolvam no indivíduo a capacidade de decisão ante os problemas. A partir da formação do pensamento crítico, há uma perspectiva de melhoria no quadro da saúde no Brasil, com estratégias propostas a partir da promoção da saúde, envolvendo a participação da população, do governo, das instituições públicas e privadas. A extrapolação da saúde para além da prática clínica englobando condições de vida geradas por relações sociais é um importante elemento para se entender o processo saúde-doença, conseguir a fazer prevenção primária, secundária e terciária em saúde (COSTA *et al*, 2011).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

No PSF da Vila São Jorge existe uma grande dificuldade por parte dos profissionais em conseguir bom controle e acompanhamento dos usuários com DM2. O principal problema é a má adesão dos pacientes ao tratamento proposto. São vários os “nós críticos” que levam a esse entrave, que serão explicitados abaixo:

A falta de instrução é considerada pela equipe o principal, pois muito paciente além de ter dificuldade em compreender o que é orientado, são analfabetos, não conseguem identificar as medicações pelos nomes, e com isso, acabam ingerindo medicação errada, na hora errada, ou nem a usam.

A cultura da resistência ao uso da insulina ainda está presente na comunidade, o que inviabiliza o tratamento de pessoas insulino-dependentes.

A resistência à reeducação alimentar e a prática de atividades físicas, também, são barreiras a ser transpostas. O trabalho do médico e enfermeiro aliado ao do nutricionista e educador físico não tem tido sucesso, pois muitos pacientes não aceitam ser orientados por estes profissionais, ou não seguem o que é proposto, ingerem grande quantidade de carboidratos e permanecem sedentários.

A-Desenho das Operações

A partir dos nós críticos, foram elaborados os seguintes projetos de intervenção que são:

1-“Conhecendo o Diabetes”: um projeto operativo com o objetivo de aumentar a compreensão dos pacientes sobre a doença e assim conseguir maior adesão aos tratamentos propostos a eles. Os responsáveis pela implantação do projeto serão a médica (Raphaella) e enfermeira (Gislayne). Demorou dois meses para ser elaborado e apresentado à Secretaria de Saúde do Município, e terá início em um mês após apresentado (Janeiro de 2015).

2-“ Conviver Bem com o Diabetes”: serão realizadas palestras semestrais aos diabéticos sobre o uso de insulina, nos eventos serão distribuídos panfletos sobre o uso da insulina, também dentro desse projeto serão realizadas orientações sistemáticas mensais feitas pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares aos diabéticos. O intuito dessas ações é diminuir a resistência dos pacientes ao uso de insulina. Os responsáveis por essas ações serão a técnica de enfermagem (Poliana)

e a médica, o projeto foi apresentado e elaborado no período de 1 mês , e será executado após 3 meses (Fevereiro de 2015).

3-“ Menos açúcar e mais Saúde”: nesse projeto serão realizadas consultas individuais e reuniões em grupo semanais com nutricionista, sobre alimentação saudável e adequada aos diabetes e, também, serão distribuídos materiais educativos aos participantes do grupo. A intenção é estimular a aquisição de hábitos saudáveis pelos pacientes. O projeto foi elaborado e apresentado no período de dois meses, e determinou-se um período máximo de seis meses para conseguir um nutricionista disposto a engajar-se no projeto. Os responsáveis serão a enfermeira (Gislayne) e a futuro nutricionista.

4- “ Corpo em Movimento”: será um grupo de atividades físicas que se reunirá duas vezes por semana no espaço da unidade de saúde. O objetivo é diminuir o sedentarismo, o sobrepeso e a obesidade da população adscrita à ESF, aumentando assim o controle do DM2. O projeto foi elaborado e apresentado no período de um mês e a criação do grupo ocorrerá em 3 meses (Fevereiro 2014). São responsáveis pelo projeto a educadora física (Simone) e a fisioterapeuta (Rosimeire).

Quadro 1: Planejamento das ações a partir dos nós críticos

Nós críticos	Operação-Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Falta de instrução	“Conhecendo o Diabetes” Aumentar o conhecimento dos usuários sobre o diabetes.	Aumentar a compreensão dos pacientes sobre sua doença e aumentar a adesão aos tratamentos propostos.	- Criação de um grupo operativo de diabéticos	Organizacional: conseguir espaço físico com a associação comunitária Econômico: recursos audiovisuais Cognitivo: formação de toda a equipe Políticos: conseguir com a gestão um período do dia para realização da atividade de grupo Mudança de mentalidade da gestão sobre ênfase exclusiva na atenção e aumento nos tempos de atendimento para abordagem preventiva Mobilização junto com a associação comunitária
Resistência ao uso da insulina	“Conviver bem com Diabetes” Diminuir a resistência dos pacientes ao tratamento com	Aumentar o controle da doença, que muitas vezes não são conseguidas apenas com	-Palestras semestrais aos diabéticos sobre o uso da insulina. -Distribuição de panfletos sobre o uso	Organizacional: espaço físico para encontros semanais Econômico: material impresso de formação. Cognitivo: formação de toda

	insulina	medicações orais.	da insulina -Orientação sistemática feita pelos agentes de saúde.	equipe. Político: convencimento da gestão sobre a importância da capacitação da equipe.
Resistência à reeducação alimentar.	“Menos açúcar e mais saúde” Mudança dos hábitos alimentares dos pacientes diabéticos	Fazer com que os pacientes entendam a importância da alimentação saudável aliada ao tratamento e prevenção do diabetes. E coloquem em prática essa alimentação.	- Confeccionar materiais educativos - Realizar consultas individuais e reuniões em grupos com nutricionista semanais sobre alimentação saudável e adequada aos diabéticos.	Organizacional: organização da agenda e do espaço dentro da unidade (cartazes) Econômico: material educativo - folhetos, cartazes. Cognitivo: conhecimento sobre a nutrição específica do diabetes pelo nutricionista. Político: convencimento de contratar um nutricionista com disponibilidade de uma vez por semana realizar o projeto.
Resistência à prática de atividades físicas	“Corpo em Movimento” Modificar hábitos de vida da população	Diminuir o sedentarismo da população, não só dos diabéticos, para melhor controle da doença e para prevenção da mesma.	- Organizar um grupo de atividade física regular, duas vezes por semana	Organizacional: local para realização das atividades Econômico: recursos econômicos para disponibilização dos profissionais capacitados e materiais Cognitivo: profissionais capacitados para ministrarem os cursos e atividade física Político: mobilização social para aprovação do projeto, articulação com associação comunitária, articulação intersectorial

Fonte: Autoria Própria (2014).

B- Elaboração do Plano Operativo

A elaboração do plano operativo consistiu em eleger os responsáveis por cada operação e os prazos necessários para realização dos projetos (quadro 2).

Quadro 2-Plano Operativo:

Operação/Projeto Ações Estratégicas	Resultados Responsáveis/Prazo	Produtos
Conhecendo o Diabetes	Aumentar o controle do diabetes e a adesão ao tratamento em 50% em um ano. Apresentação projeto: 2 meses Início do grupo: 1 mês Responsáveis :Raphaella(médica), Gislayne(enfermeira)	Criação de um grupo operativo de
Conviver bem com o Diabetes	Aumentar o número de pacientes DM2 com bom controle, reduzir para metade o número de internção devido DM , em 1 ano Apresentação do projeto: 1 mês Execução do projeto: 3 meses. Responsáveis: Poliana(técnica de enfermagem) e Raphaella(médica) intuito do projeto se manter a de eternum	Disponibilização de material educativo sobre uso de insulina. Apresentação palestras semestrais.
Menos açúcar e mais saúde	Modificar os hábitos alimentares da população diminuindo assim obesidade e sobrepeso,	Confeccionar materiais educativos Realizar reuniões e consultas individuais com nutricionista

aumentando o controle do DM2.

Apresentação do projeto: 2 meses
 Conseguir nutricionista disponível: 4 meses

Responsáveis: Gislayne, (enfermeira) e futura nutricionista

Corpo em movimento	Diminuir o sedentarismo e o sobrepeso e obesidade, aumentando o controle do DM2. Apresentação do projeto: 1 meses Criação do grupo de atividade físicas: 3 meses Responsáveis: Simone (educadora física) e Rosimeire (fisioterapeuta)	Organizar um grupo de atividade física 2 vezes por semana.
---------------------------	---	--

Fonte: Autoria Própria (2014).

C- Conclusão

O projeto de intervenção foi elaborada levando em conta a realidade vivenciada dentro da Unidade de Estratégia de Saúde da Família e na comunidade, nele englobam quatro Planos Operativos, com diferentes objetivos e que serão realizados simultaneamente.

Em resumo o que se pretende com o projeto é conseguir que os pacientes diabéticos e todos moradores da Vila São Jorge tenham maior conhecimento sobre o Diabetes Mellitus tipo 2 e seu tratamento, se conscientizem da importância de adotar hábitos de vida mais saudáveis, praticando mais atividades físicas, seguindo uma alimentação adequada a saúde e o projeto, também, tem objetivo de quebrar o paradigma que as pessoas têm sobre o uso de insulina, mostrando que esta pode ser a peça chave para evitar a maioria das morbidades relacionadas ao DM2.

Após conseguirmos implementar esse projeto serão feitas reflexões periódicas entre a equipe sobre os benefícios alcançados e a forma de execução de cada grupo operativo, procurando sempre aprimora-los, para conseguirmos alcançar quase cem por cento de adesão dos pacientes diabéticos adscritos ao PSF Vila São Jorge ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.5, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso 25 Jul. 2014.
- ASSUNCAO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, Dec. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900024&lng=en&nrm=iso>. Acesso 25 Nov. 2014.
- BOAS, L. G. V+.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.67, n.2, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200268&lng=en&nrm=iso>. Acesso 24 Jul. 2014.
- BRACCIALLI, L. A. D.; FREITAS, C. H. S. M. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v.15, n.4, p.412-420, out./dez. 2012.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Elaboração do Plano de ação. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.
- CIDADES, Informações Completas. IBGE. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel>>. Acesso 16 mar. 2014.
- COSTA, J. A. *et al* . Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. Disponível em

:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300034&lng=en&nrm=iso>. Acesso 25 Nov. 2014.

DADOS do Município. Prefeitura Municipal de Campo Belo. Disponível em:<<http://www.campobelo.mg.gov.br/index.php/nossa-cidade/dados-municipio>>. Acesso 16 mar. 2014-DADOS Municipais.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso 24 Jul. 2014.

INFORMAÇÕES coletadas com a responsável pela análise de dados estatísticos da cidade de Campo Belo. Astir Abraão Costa. Realizada 15 de mar.2015

INFORMAÇÕES de saúde. Datasus. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso 16 mar.2014.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v.32, n.3, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso 24 Jul. 2014.

LYRA, R. *et al* . Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v.50, n.2, Abril 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso 24 Jul. 2014.

MARINHO, N. B. P. *et al* . Risco para diabetes mellitus tipo 2 e fatores associados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v.26, n.6, Dez. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600010&lng=en&nrm=iso>. Aceso 24 Jul. 2014

MCLELLAN, K. C. P. *et al*. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.20, n.5, Out. 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso 24 Jul. 2014.

MOREIRA, P. V. L.; FREITAS, C.H.S.M. Educação em saúde nos cenários de prática dos estudantes de nutrição-relato de experiência. **Rev. APS.** , Juiz de Fora, v.13, n.4, p. 500-504, out./dez. 2010.

SISTEMA de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em:<<http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops>>. Acesso 16 mar. 2014