



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

IZABELA RAMOS LINS

**A ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA**

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2022

IZABELA RAMOS LINS

**A ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Administração Pública na modalidade a distância, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Howard Lopes Ribeiro Junior.

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2022

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da Unilab
Catalogação de Publicação na Fonte

L731a

Lins, Izabela Ramos.

A adesão ao tratamento de diabéticos em uma Unidade de Saúde da Família em São Francisco do Conde - BA / Izabela Ramos Lins. - 2022.

44 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração Pública) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Howard Lopes Ribeiro Junior.

1. Diabéticos - São Francisco do Conde (BA). 2. Saúde da Família. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

BA/UF/BSCM

CDD 362.106808142

ISABELA RAMOS LINS

**A ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA**

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Data de aprovação: 26/11/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a M.^a Evangelina Chrisóstomo (Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Guimarães Callado

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

Prof. Dr. Milton Jarbas Rodrigues Chagas

Universidade Federal do Cariri - UFCA

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida e por permitir que eu chegasse até aqui, me dando sabedoria, e persistência, não me deixando desistir.

Minha família, por tanto carinho e compaixão, me proporcionando suporte para ir até o final do curso, meu esposo Arnaldo grande incentivador e companheiro nos momentos críticos, em especial aos meus filhos Caiêto, e Caique (in memoriam) com muita saudade eterna, esse meu filho que tanto me falou vou me formar, porque quero vê-la a senhora formada também. Consegui amor!

O meu muito obrigado, à todos.

“As escolas deveriam entender mais de seres humanos e de amor do que de conteúdos e técnicas educativas. Elas têm contribuído em demasia para a construção de neuróticos por não entenderem de amor, de sonhos, de fantasias, de símbolos e de dores”.

Cláudio Saltini

RESUMO

O estudo de pesquisa apresenta a importância do enfermeiro no cuidado e controle do Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família, como porta de entrada a saúde básica. O Diabetes Mellitus é considerado um problema de saúde pública mundial. No Brasil, com a mudança do perfil epidemiológico da população, tem se tornado cada vez mais prevalente as doenças crônicas e o diabetes compõe esse grupo, afetando diversas pessoas em diversas fases da vida. A Atenção Básica tem um alto potencial na prevenção de complicações desses indivíduos e na promoção de saúde e seu principal contato é através das Equipes de Saúde da Família, porém existem vários fatores que dificultam o acesso e continuidade dos indivíduos ao tratamento. O presente estudo tende a contribuir de forma benéfica tanto para o paciente, como para os profissionais envolvidos, pois, conhecer os fatores que predominam essa problemática, permite o fortalecimento integral da equipe. A presente pesquisa, foi norteada pela seguinte pergunta de investigação: Como melhorar a adesão de usuários portadores de Diabetes Mellitus, ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso na Atenção Básica. O objetivo deste estudo é conhecer a incidência de casos de Diabetes na Unidade de Saúde da Família Jaciara Santana Bispo Medeiros. Tendo como objetivos específicos: identificar a atuação dos profissionais da Unidade de Saúde da Família, perante ao paciente portador de Diabetes Mellitus; analisar como se dá o acolhimento dos usuários no PSF como fator motivacional que lhe garanta uma melhor qualidade de vida; investigar quais as estratégias já utilizadas pelos gestores da unidade de saúde para aumento de vínculo com os usuários e prevenção de complicações. Se trata de uma pesquisa de campo com revisão de literatura, que tem como finalidade adquirir conhecimentos do tema a partir de publicações prévias sobre o assunto.

Palavras-chaves: Diabéticos - São Francisco do Conde (BA); Saúde da Família; Sistema Único de Saúde (Brasil).

ABSTRACT

The research study presents the importance of nurses in the care and control of Diabetes Mellitus in the Family Health Unit, as a gateway to basic health. Diabetes Mellitus is considered a global public health problem. In Brazil, with the change in the epidemiological profile of the population, chronic diseases have become increasingly prevalent and diabetes makes up this group, affecting many people at different stages of life. Primary Care has a high potential in preventing complications of these individuals and in promoting health and its main contact is through the Family Health Teams, but there are several factors that make it difficult for individuals to access and continue treatment. The present study tends to contribute in a beneficial way for both the patient and the professionals involved, since knowing the factors that predominate this problem allows the integral strengthening of the team. The present research was guided by the following research question: How to improve the adherence of users with Diabetes Mellitus, to drug and non-drug treatment in Primary Care. The objective of this study is to know the incidence of diabetes cases in the Jaciara Santana Bispo Medeiros Family Health Unit. Having as specific objectives: to identify the performance of the professionals of the Family Health Unit, before the patient with Diabetes Mellitus; analyze how users are welcomed in the PSF as a motivational factor that guarantees a better quality of life; to investigate the strategies already used by the managers of the health unit to increase the bond with users and prevent complications. This is a field research with literature review, which aims to acquire knowledge of the subject from previous publications on the subject.

Keywords: Diabetics - São Francisco do Conde (BA); Family health; Unified Health System (Brazil).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Evolução e agravos da Diabete Melitus nos pacientes	32
Quadro 2	Gestão e acompanhamento aos pacientes assistidos na unidade	33
Quadro 3	Logística	35
Quadro 4	Atendimento e acompanhamento da equipe	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

ACD: Auxiliar de Consultório Odontológico

APS: Atenção Primária à Saúde

CF: Constituição Federal

DM: Diabetes Mellitus

DNCT: Doenças Crônicas Não transmissíveis

EAB: Equipe da Atenção Básica

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF: International Diabetes Federation

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

OMS: Organização Mundial de Saúde

SUS: Sistema único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	CARACTERIZAÇÃO DO <i>DIABETES MELLITUS</i>	15
2.2	ADESÃO AO TRATAMENTO DA <i>DIABETES MELLITUS</i> NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	17
2.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A QUESTÃO DA HUMANIZAÇÃO	26
3	METODOLOGIA	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE - Entrevista / Questionário	41

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas no Brasil houve um aumento da expectativa de vida da população em um modo geral, o que vem gerando mudanças significativas na redução da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso da diabetes mellitus (DM) .

O Diabetes Mellitus é considerado um problema de saúde pública mundial. No Brasil, com a mudança do perfil epidemiológico da população, tem se tornado cada vez mais prevalente as doenças crônicas e o diabetes compõe esse grupo, afetando diversas pessoas em diversas fases da vida, com alto número de morbidade e mortalidade na ausência de tratamento adequado, acarretando grande impacto econômico para o Sistema único de saúde pelo alto número de internações e complicações por causa da doença, sobrecarga de serviços de maior complexidade e uso inadequado de medicações.

A Atenção Básica tem um alto potencial na prevenção de complicações desses indivíduos e na promoção de saúde e seu principal contato é através das Equipes de Saúde da Família, porém existem vários fatores que dificultam o acesso e continuidade dos indivíduos ao tratamento. Tendo em vista esse cenário torna-se imprescindível conhecer a realidade dessas pessoas, levando em consideração as diretrizes propostas nacionalmente que podem ser usadas como referência, mas também a visão e realidade social dos usuários de saúde e dos profissionais que lidam com essa realidade.

A Diabetes é uma doença metabólica, crônica causada por uma deficiência na produção de insulina pelo organismo acarretando níveis aumentados de glicose no sangue. Segundo a International Diabetes Federation (IDF), existem aproximadamente 387 milhões de pessoas com a doença no mundo, e esse número vem aumentando significativamente, principalmente o diabetes tipo 2. Esse aumento na prevalência dessa doença se deve ao aumento da exposição da população aos fatores de risco.

A diabetes é uma doença que apresenta sintomas característicos e que se não diagnosticada precocemente e tratada de forma adequada pode aumentar o risco de muitos problemas de saúde grave levando o paciente até mesmo a óbito.

A assistência multiprofissional realizada nos serviços de Saúde tem um papel fundamental nesse diagnóstico e tratamento, além de interferir diretamente na

qualidade de vida desses usuários. Este estudo visa investigar as principais complicações em pacientes insulino dependentes acompanhados em uma unidade de Saúde da família do município de São Francisco do Conde , assim como descrever as principais atividades de prevenção.

A escolha do tema deu-se após uma reflexão e observação das mais variadas situações, vivenciada no dia-a-dia na unidade de saúde da família Jaciara Santana Bispo Medeiros, localizada na cidade de São Francisco do Conde - BA. É visto uma grande demanda de casos novos de diabetes a cada dia.

Desta forma o presente estudo tende a contribuir de forma benéfica tanto para o paciente, como para os profissionais envolvidos, pois, conhecer os fatores que predominam essa problemática, permite o fortalecimento integral da equipe. A presente pesquisa, foi norteada pela seguinte pergunta de investigação: Como melhorar a adesão de usuários portadores de Diabetes Mellitus, ao tratamento em uma unidade de Saúde da família do município de São Francisco do Conde - BA?

O Objetivo Geral do estudo é investigar como o paciente portador do diabetes Mellitus é assistido em uma unidade de Saúde da família do município de São Francisco do Conde - BA. Tendo como objetivos específicos: 1) Traçar o perfil do paciente portador do diabetes Mellitus na Unidade Saúde da Família, 2) Investigar a gestão e acompanhamento aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus assistidos na unidade de Saúde da Família; 3) Analisar como se dá a logística e o atendimento da equipe aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus da Unidade.

A realização deste estudo possibilitará fortalecer o conhecimento sobre tudo que rodeia a problemática. Neste sentido, ao conhecer os fatores que desencadeiam a incidência de diabetes, permite que seja possível adotar meios que minimize esses casos novos, e faça com que esse problema não venha se expandir, por meio de realizações de palestras educativas que conscientize os profissionais, assim como os usuários e família no qual esta inserida nesse âmbito.

Trata-se de um estudo qualitativo que se propõe a analisar a percepção de profissionais da área da saúde, ao paciente diabético, analisando as ações que vêm sendo desenvolvidas e às perspectivas dos profissionais, no sentido de melhorar as condições de vida destes usuários.

Trata-se de uma revisão de literatura que tem como finalidade adquirir conhecimentos do tema a partir de publicações prévias sobre o assunto. O desenvolvimento desta revisão contou com as fases de definição do tema;

categorização dos estudos; apresentação da revisão/síntese do conhecimento, seleção dos estudos existentes; análise e interpretação. Buscando as ferramentas de acesso as plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Scientific Electronic Library on Line (Scielo); Google Acadêmico, na busca dos textos disponíveis na internet. Como critérios de inclusão, utilizou-se artigos em língua portuguesa, artigos disponíveis na íntegra em formato eletrônico, contendo como tema principal a CSPI. Estudo com base em revisão literária, a partir de um estudo com objetivos, visando obter o máximo de informações que permitem o amplo conhecimento, com investigação descritiva, porque visa descrever percepções, expectativas, explicações e justificativas de como o paciente portador do diabetes Mellitus é assistido.

A presente Monografia foi realizada com base no Projeto de Pesquisa anteriormente realizado, onde o mesmo consistiu em uma proposta de intervenção em uma Unidade de Saúde da Família no município de São Francisco do Conde - Bahia. A intervenção consiste na criação de estratégias para aumentar a adesão dos usuários portadores de diabetes mellitus ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso a partir do fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde.

Esse estudo justifica-se pela importância de se compreender o papel do profissional de saúde, perante o paciente portador de diabetes e a adesão ao tratamento em uma Unidade de Saúde da Família como porta de entrada aos Serviços de prevenção e promoção da saúde.

A partir dessa visão e reconhecimento é possível traçar e propor intervenções que podem diminuir as barreiras para adesão dos usuários dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento no nível da atenção primária, tendo assim importante impacto tanto do ponto de vista social quanto econômico e garantindo princípios básicos do SUS como o da equidade e integralidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO *DIABETES MELLITUS*

Diabetes mellitus (DM) é considerado um crescente problema de saúde pública mundialmente pelo seu perfil clínico e epidemiológico, afetando países em diferentes graus de desenvolvimento.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) aponta o diabetes como o terceiro fator responsável pela mortalidade prematura entre as pessoas. Pode-se citar como fator potencializador a mudança do perfil epidemiológico da população, os novos padrões nutricionais, estilos de vida sedentários e o envelhecimento da população (SBD, 2019-2020).

Galindo (2008), afirma que o DM representa um grupo de doenças metabólicas que tem como característica uma hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou na ação insulínica, a hiperglicemia e frequentemente acompanhada por dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.

A *Diabetes mellitus* tipo II decorre em geral, de graus variáveis de deficiência relativa da secreção e resistência insulínicas, o diagnóstico, na maioria dos casos, é feito a partir dos 40 anos de idade, embora possa ocorrer mais cedo, mesmo durante a adolescência, é responsável por mais de 85% de todos os casos de diabetes, a maioria de seus portadores apresenta sobrepeso ou obesidade, o que por si só já causa algum grau de resistência insulínica (CAVALCANTI, 2008).

O DM corresponde a um grupo de doenças crônicas que têm origem multifatorial e são caracterizadas pela falta de insulina ou incapacidade de produção da mesma pelo pâncreas, como consequência, há uma disfunção no metabolismo de algumas substâncias como carboidratos, lipídeos e proteínas. Na sua classificação, as formas mais comuns e conhecidas são *Diabetes mellitus* tipo 1, caracterizado pela deficiência na produção de insulina por causa idiopática ou autoimune; e *Diabetes Mellitus* tipo 2, caracterizado pela resistência à insulina pelas células (SBD, 2019-2020).

De acordo com Lyra (2008), a prevalência do diabetes acomete principalmente a população de adultos e de idosos, porém existe evidências de que o diabetes tipo II também está se tornando mais frequente em crianças e adolescentes.

As manifestações clínicas são muito mais comuns em pessoas com Diabetes do tipo 1, as principais são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. No caso do diabetes do tipo 2, é possível que os indivíduos permaneçam assintomáticos por anos, podendo chegar ao diagnóstico tardiamente, quando já existem lesões em órgãos mais consideráveis, por isso, algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Por esse motivo, é importante que sejam realizadas triagens para identificação precoce em indivíduos que compõem o grupo de risco, mas que podem ter um quadro assintomático.

O mais comum é chegar ao diagnóstico concreto a partir da avaliação de exames laboratoriais como Glicemia em Jejum, Hemoglobina glicada e Glicemia 2h pós sobrecarga (menos comum) comparando aos valores de referência, (SBD, 2019-2020).

A partir da identificação do diabetes, o paciente é classificado de acordo com o tipo e é investigado a associação do diabetes com outras complicações crônicas, dessa forma é possível chegar a uma classificação de risco. É fundamental também o conhecimento da história do paciente e o exame físico do mesmo para que possa ser proposto o plano terapêutico. (MENDES, 2011).

Os dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2008), relatam que existe no Brasil aproximadamente 600.000 portadores de DM tipo I e cerca de 7.290.748 de portadores de DM tipo II. O grande número de portadores de diabetes e a gravidade de suas complicações exprimem porque esta doença é um grande problema de saúde pública, que acarreta um grande ônus para o país, além dos custos inatingíveis como perda da qualidade devida, ansiedade, inconveniências e outras limitações que provocam grande impacto nos indivíduos portadores e em seus familiares.

Desta forma estima-se que no ano de 2025 a patologia acometerá cerca de 380 milhões, se as medidas preventivas não forem tomadas. No Brasil, cerca de 10 milhões de pessoas são portadores da diabetes, a previsão é de que este número aumentara de 25% a 50% nos próximos anos (FRANCO, 2012).

Por se tratar de uma doença crônica evolutiva, praticamente todos os pacientes em algum momento da vida podem precisar do tratamento medicamentoso, alguns precocemente, outros somente com o avançar do caso quando já está instalado um quadro clínico mais complexo (GROSS, 2012).

Para Franco (2012), a diabetes está associado a maiores taxas de hospitalizações, a maiores necessidades de cuidados médicos, a maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores.

O tratamento medicamentoso visa principalmente estabilizar os níveis de glicose visando a prevenção de complicações vasculares, principalmente em indivíduos com outras patologias associadas. O principal fármaco administrado quando necessário é a insulina, podendo estar associada a outros medicamentos se for preciso (SBD, 2019-2020).

Outra via de tratamento é o não medicamentoso que é imprescindível, podendo agir individualmente ou em conjunto com o uso de medicamentos. Esse tem fundamental importância porque pode ter influência direta em alguns dos fatores que potencializam a doença como alimentação e hábitos de vida. Em ambos é importante a compreensão e adesão do portador da doença (IBGE, 2014).

2.2 ADESÃO AO TRATAMENTO DA *DIABETES MELLITUS* NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Segundo O IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o número populacional de São Francisco do Conde, no ano de 2021 foi de 40.664 pessoas, dentre os quais 49,25% correspondem ao sexo masculino e 50,74% ao sexo feminino (DIS). (IBGE, 2022).

O Município de São Francisco do Conde, localizado no Recôncavo Baiano, envolve as diferentes secretarias, a partir de parcerias, em prol do desenvolvimento não só da sociedade, como também nos aspectos da comunidade e cidade em geral. Altos investimentos no que diz respeito à saúde, a partir da realização de um trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e, vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

A questão da humanização na área da saúde, onde humanizar é a ação ou efeito de tornar humano ou mais humano, tornar benévolo, tornar afável. A proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho

para os profissionais. A Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças segundo Constituição da Organização Mundial de Saúde.

A Enfermagem compreende a arte de cuidar do ser humano em específico da saúde em sua totalidade, individualmente, na família ou em comunidade. O profissional enfermeiro pode atuar sozinho ou em equipe, coordenando atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde. De acordo com estudos, o trabalho em saúde atende, portanto, a dois aspectos básicos. O de preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, a individualidade e a variabilidade das situações e necessidades dos usuários; o segundo, por sua vez, é o de estar em conformidade com determinadas regras, regulamentos e valores gerais, além de inserir/integrar, permanentemente, as atividades da equipe multiprofissional.

Para dar conta desse trabalho, o enfermeiro necessita inserir-se nos mais variados espaços relacionais e interacionais, seja junto ao paciente seja junto à equipe de saúde, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas dos sujeitos para que sejam cuidados de forma humana e integral.

O trabalho em equipe é fundamental e inclui os profissionais de saúde, o indivíduo portador da doença e toda a família. As principais diretrizes para tratamento do diabetes incluem uma orientação nutricional adequada e o estabelecimento de mudanças no estilo de vida que inclui a introdução de atividades físicas e fundamentalmente um trabalho preventivo a fim de evitar maiores complicações. Além disso, é fundamental todo um trabalho educativo para melhorar a adesão ao tratamento para que seja possível acessar estilos de vida saudáveis e acessíveis (COSTA et. al., 2011).

A adesão ao tratamento é fundamental para sucesso no prognóstico. Infelizmente alguns estudos trazem uma realidade diferente do que é proposto e as práticas de diversos profissionais também apontam para o mesmo. Existem vários fatores que podem explicar que têm relação tanto com os indivíduos portadores da doença como falhas na atenção à saúde que inclui o trabalho desenvolvido pelos profissionais e falha na gestão dos recursos ofertados. Destaca-se como pontos críticos: disponibilidade insuficiente de medicamentos, diagnóstico tardio da doença, fatores socioculturais, relação profissional-paciente ineficaz e falta de conhecimento e esclarecimento sobre a patologia (FARIA, 2013).

É importante destacar que nenhum dado do paciente é indispensável,

incluindo dados sociodemográficos (idade, sexo, renda, escolaridade) já que todos os fatores podem ter influência positiva ou negativa na adesão ao tratamento e consequentemente no controle da evolução da doença (MCLELLAN, 2007).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são resultados da predisposição individual, ou seja, do componente genético, dos hábitos de vida e de alterações fisiopatológicas que resultam em um estado não saudável para o indivíduo (RENZO et al., 2018).

Apresentam início gradual, com duração longa ou incerta que, em geral, mostram múltiplas causas e, cujo tratamento, envolve, além da mudança de hábitos, um processo de cuidado contínuo por toda a vida (BRASIL, 2014a).

Assim sendo, são classificadas como a principal causa de morte em todo o mundo e, por conseguinte, configuram um dos maiores problemas de saúde pública da sociedade moderna (RENZO et al., 2018).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, indicam que as DCNTs foram responsáveis por 68% de um total de 38 milhões de óbitos ocorridos no mundo em 2012. No Brasil, essas doenças são proporcionalmente expressivas, uma vez que, em 2011, foram responsáveis por 68,3% do total de mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6,0%) e a diabetes (5,3%) (BRASIL, 2018c).

Ademais, é possível entender a condição crônica como uma experiência de vida permanente que pode causar disfunções orgânicas, alteração no padrão de vida, acarretando na necessidade de readaptação psicossocial e redução na expectativa de vida quando não tratada adequadamente (MARTINS et al., 2015).

Apesar de terem causas multifatoriais, estudos indicam que o aumento das DCNTs está alicerçado em quatro principais fatores de risco comportamentais: o tabagismo regular, a falta de atividade física, o uso de álcool frequente e, por último, a ingestão de alimentos não saudáveis. Assim, as intervenções em saúde visando esses fatores, resultariam em uma maior eficácia na redução do número de óbitos (FERRARI, 2018).

A Atenção Básica é considerada porta de entrada para pessoas com *Diabetes mellitus* e o ideal é que seja o primeiro nível de contato com os serviços de saúde. Nesse contexto, o principal desafio é estabelecer um tratamento que tire a centralidade da doença, focando principalmente em prevenção e promoção da saúde e nos fatores de risco para essa população. Para isso é importante, além do

acompanhamento de pacientes que já têm o diagnóstico, que haja o rastreamento dos possíveis casos.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, iniciou o processo de reorganização da atenção à saúde estabelecendo que um forte nível de Atenção Primária de Saúde é a base para todo o desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Desta maneira, pela Portaria N. 2488, em 2011, foi consolidada a Política Nacional de Atenção Básica, sendo esta revisada pela portaria N. 2436/2017, onde atua em seu mais alto grau de ordenação descentralizada de forma a capilarizar suas ações, produzindo um contato estreito com a sociedade e, desse modo, facilitando o acesso da população à saúde básica (OPAS, 2018).

Segundo a PORTARIA Nº 2436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 (BRASIL, GM, Art.2º):

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária (AP) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Desse modo, a melhor e mais importante estratégia para consolidação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica é a estratégia de saúde da família (ESF) e equipe da atenção básica (EAB). Esses fatores são conhecidos como o ponto chave para a qualificação e expansão da AB, por meio de uma equipe multiprofissional, a fim de favorecer o potencial de resolubilidade sobre as doenças, trazendo melhoria na qualidade de vida do indivíduo e coletivo (BECKER et al., 2018).

Dito isto, dentro da articulação multiprofissional proporcionada pela atenção básica, a atuação do enfermeiro é realizada de forma singular para com o indivíduo, família e comunidade, estando comprometido com ações e práticas de educação, promoção à saúde, prevenção da instalação dessas doenças e possíveis complicações ocasionadas por elas, isto é, melhorar a qualidade de vida sob o ponto de vista da atenção integral (COSTA et al., 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem a capacidade de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de sua população adscrita; todos os mecanismos de gestão das redes de atenção e trabalho profissional, para que isso ocorra, devem

ser bem articulados por intermédio de princípios e diretrizes baseados em comunicação e responsabilização do cuidado (CASSETARI; MELO, 2017).

Atualmente o Município de São Francisco do Conde, vêm buscando priorizar ações que busquem a qualidade de vida da população. A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, em que se insere o conjunto de ações que caracterizam a atenção básica, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

As equipes da Atenção Básica no Município é formada por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontologistas, auxiliares em consultórios odontológicos (ACD), assistentes sociais e agentes comunitários de saúde; os quais estão disponibilizados em diferentes unidades. A Gestão é a aplicação de conhecimento, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades a fim de atender aos seus requisitos de maneira eficiente e eficaz.

A Gestão em Saúde é voltada à análise das necessidades de saúde em geral e de grupos sociais específicos, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). Está relacionada às Ciências Exatas, como processos, métodos e abordagens estatísticas como suporte à gestão em saúde, conhecimentos das Ciências Biológicas e da Saúde, e das Ciências Humanas e Sociais, envolvendo a relação indivíduo/estado e sociedade, comunicação, educação, economia e administração, entre outros temas.

Durante as ações de promoção e prevenção social na atenção básica, deve-se realizar uma abordagem preventiva ou a terapêutica deve ser completa e eficaz, buscando o controle dos clássicos diversos fatores de risco cardiovascular, em particular hiperglicemia, hipertensão arterial dislipidemia, tabagismo e sedentarismo (ALMEIDA, 2008).

Essas ações tem a finalidade de minimizar as complicações através do tratamento, controle, diagnóstico precoce e prevenção do *Diabetes mellitus*, com isto o ministério da saúde possui estratégias efetivas que se fundamentam nos princípios do SUS no qual possui um conjunto de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

O programa de prevenção primária do DM do tipo II desenvolvido pelo enfermeiro na atenção básica deve ser fundamentado através dos fatores modificáveis tais como: alimentação e prática de atividades físicas, visando combater

o excesso de peso e melhorando a qualidade de vida do diabético.

Quando os enfermeiros se aproximam dos pacientes, estabelecem uma relação de confiança, a qual é fundamental para a sua atuação como profissional que visa principalmente à recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

O papel e as ações do enfermeiro tem destaque pela importância do cuidado aos portadores de DM tipo II, devido seus conhecimentos, tornando-se possível a orientação e o esclarecimento das principais dúvidas e questionamentos que o paciente possa ter sobre a doença. Com isso a ação do enfermeiro frente aos cuidados com o portador de *Diabetes mellitus* tipo II, deve basicamente em se preocupar em proporcionar ao paciente cuidados e orientações necessárias para que o paciente possa obter informações que levem a um melhor tratamento, controle metabólico, evitando e reduzindo a gravidade de complicações crônicas em curto, médio e longo prazo.

Essas ações são necessárias para reduzir ao máximo as limitações que o tratamento pode impor a vida, viabilizar conhecimentos que o capacite ao autocuidado para enfrentar o portador de DM tipo II, além da importância da atuação do enfermeiro junto aos pacientes que realizam o tratamento de diabetes.

Na mesma proporção que emerge os números de novos casos de pessoas que vivem com diabetes, crescem absurdamente os gastos em saúde por esse problema. O principal ponto que explica esse fato é o aumento das taxas de hospitalização e necessidade de utilização de recursos financeiros e materiais. Muitas pessoas não têm o acompanhamento ideal e proposto pelas diretrizes que são referências e, por isso, evoluem com outras complicações como doenças cardiovasculares, acometimentos renais e em casos mais graves amputações. Mundialmente os custos com diabetes são muito elevados acarretando grande impacto para os sistemas de saúde (SBD, 2019- 2020).

Além do impacto nos Sistemas de Saúde, a doença leva impacto diretamente aos indivíduos com a doença e às famílias mesmo quando o tratamento é realizado pelo SUS. Muitas vezes não encontram disponíveis todos os medicamentos necessários e precisam comprar. Outro fato é que pelas complicações que a doença pode trazer, principalmente quando não há tratamento adequado, muitos indivíduos perdem a sua produtividade e necessitam de cuidados prolongados (SBD, 2019-2020).

Muitos desses gastos são evitáveis e podem ser minimizados a partir de um

trabalho preventivo das complicações agudas e crônicas e também reabilitação no sentido de melhorar a funcionalidade do indivíduo.

Em decorrência da grande prevalência das pessoas com condições simples no terceiro nível do MACC, onde a assistência é puramente da atenção básica, a assistência da enfermagem e dos profissionais responsáveis por esses pacientes, em vista de melhorar suas condições de saúde para evitar que esses pacientes agravem ou agudizem sua doença crônica e assim perpassar por outros níveis do MACC, é necessário que se maneje a assistência por meio do autocuidado apoiado (FRAGOSO et al., 2019).

Vale ressaltar, que a atenção por meio de consultas face-a-face do profissional de saúde no Brasil nesse nível é mínima (SMSRJ, 2014). Por exemplo, na Inglaterra uma pessoa portadora de diabetes apresenta, em média, 3 horas de atenção frente ao profissional de saúde, num total de 8.760 horas que compõem o ano (ASSUNÇÃO et al., 2017).

A assistência sistematizada enfoca em ações educacionais e intervencionais com o objetivo de empoderar os indivíduos para o autocuidado, ampliando as possibilidades de cuidado à pessoa com doença crônica por intermédio de conexões com suportes sociais e grupais, projetos educacionais, informações e recursos (BRASIL, 2014a).

A atenção deve ser de meramente prescritiva e centrada na doença para um foco mais colaborativo e voltado para a pessoa podendo, ainda, passar para a atenção focada na família e comunidade, por intermédio de conexões com projetos sociais e educacionais em grupos. Assim sendo, os usuários nas relações com os profissionais de saúde deixam de ser pacientes para se tornarem os principais produtores sociais de sua saúde (COLLET et al., 2018).

Assim, para melhor elucidar os objetivos práticos de uma assistência em enfermagem bem qualificada com vista a prevenir o agravamento das condições de saúde dessas pessoas, é imprescindível que este profissional direcione suas ações de modo a provocar mudanças em três pilares de prioridade (BRASIL, 2014b).

Dito isto, o primeiro envolve as mudanças necessárias ao grupo de problemas no que se refere à aquisição de novas habilidades, didaticamente classificado como habilidades comportamentais ou aspecto clínico, onde o paciente aprende a conhecer e aprende a fazer. Tendo como exemplo, o uso de medicação, cuidado com os pés de pessoas com diabetes, auto aferição da pressão arterial e/ou glicemia capilar

(SILVA et al., 2017).

Em concordância, o segundo diz respeito ao seu estilo de vida, em como manter a mudança diante de novos papéis que a doença crônica impõe. Aqui o paciente deve aprender a ser e aprender a conviver, a exemplo, uma pessoa com hipertensão que precisa reduzir o sal e as gorduras de má qualidade de sua dieta (BRASIL, 2014b).

Por último, diz-se respeito aos aspectos emocionais ou psicossociais e a mudança de visão do futuro. Os possíveis sentimentos de raiva, frustração, medo, preocupação excessiva com o futuro, cansaço emocional e físico precisam ser abordados com mais cautela com o paciente e sua família (NOGUEIRA et al., 2019).

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no País, dentre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Entende-se por intersetorialidade, a articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006, p.13).

A promoção da saúde como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Para o SUS, esta estratégia é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde/adoecimento em nosso País como, tais como; habitação inadequada, violência, desemprego, falta de saneamento básico, difícil acesso à educação, fome, entre outras.

O processo de construção de ações intersetoriais implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida.

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando

à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Atenção primária em saúde deve ser estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cubra toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo em grande parte suas necessidades de saúde (BRASIL, 2015a).

Sistemas de saúde tradicionais são projetados para lidar com condições agudas e emergenciais, produzindo assim um modelo fragmentado ineficiente para o atendimento de pacientes com doenças crônicas. Como resultado, consultas feitas nesse sistema impedem que os profissionais da saúde avaliem fatores psicossociais, por consequência, o aconselhamento comportamental pode não ser consistentemente entregue aos pacientes (SALINAS; KOBES, 2017).

Nesse contexto, visando dar conta dessa reorganização do sistema de saúde na área das doenças crônicas, foi lançada a Portaria nº 483 de 2014 do Ministério da Saúde, que redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNTs, no âmbito do SUS e estabeleceu diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado (BRASIL, 2015b).

Essa rede tem como características gerais a organização por um processo contínuo de cuidado de forma poliárquica. Orientam-se tanto para o manejo dos eventos agudos quanto para as condições crônicas dessas doenças, devendo, ao mesmo tempo, ofertar ações promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas com ênfase no cuidado multiprofissional (MENDES, 2018).

A AB desempenha um importante papel de coordenadora do cuidado à saúde da população adstrita e ordenadora da RAS, sendo o centro de comunicação com toda a Rede. É um importante componente estratégico do SUS, em especial, por ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima ao cotidiano das pessoas. Cabe às EABs, às ESFs e às outras modalidades de equipes de AP o exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (GERS, 2018).

Entretanto, para que ela, como parte integrante dessa rede de atenção, seja, de fato, robusta e resolutiva capaz de solver quase que a totalidade dos problemas de saúde da população brasileira é necessário perpassar por processos complexos,

estruturados em diversos momentos com o objetivo de capilarizar sua atenção: territorialização; o cadastramento das famílias; a vinculação das famílias à equipe da ESF; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e a identificação das subpopulações com condições de saúde muito complexas (BRASIL, 2014b).

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A QUESTÃO DA HUMANIZAÇÃO

As ações intersetoriais visam a implantação de ações de comunicação e saúde junto à comunidade; o desenvolvimento de ações inter-setoriais, favorecendo a ampliação do saneamento básico do Município; o desenvolvimento de ações educacionais em saúde, favorecendo o controle das doenças parasitárias; desenvolvimento de ações inter-setoriais para o controle da poluição do ar, da água e do solo; inserção de práticas de atividades culturais e promoção de atividades esportivas, como também acompanhamento nutricional para que se tenha uma alimentação saudável, campanhas de combate ao fumo, álcool e ao uso de drogas; entre outros, contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, co definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Para a resolução de certos problemas da área da saúde, são necessárias medidas de tratamento e acompanhamento. É importante assegurar um planejamento assistencial, para que haja uma distribuição da população; o perfil epidemiológico; e a função na rede. Através dos avanços da municipalização os recursos humanos são, ao mesmo tempo, solução e problema para os gestores municipais. Muitos programas são desenvolvidos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social; os demais eram considerados "indigentes" e eram atendidos apenas em serviços filantrópicos.

O SUS constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país,

sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

O SUS está definido na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde, como "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde", garantida, também, a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde.

O SUS deve ser entendido como um processo em marcha de produção social da saúde, que não se iniciou em 1988, com a sua inclusão na Constituição Federal, nem tão pouco tem um momento definido para ser concluído. Ao contrário, resulta de propostas defendidas ao longo de muitos anos pelo conjunto da sociedade e por muitos anos ainda estará sujeito a aprimoramentos.

Segundo a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O acesso universal (princípio da universalidade), significa que ao SUS compete atender a toda população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público. O acesso igualitário (princípio da equidade) não significa que o SUS deva tratar a todos de forma igual, mas sim respeitar os direitos de cada um, segundo as suas diferenças, apoiando-se mais na convicção íntima da justiça natural do que na letra da lei.

As críticas que se fazem ao SUS, traduzidas nas infindáveis filas, no atendimento desumano, na falta de leitos, exames, médicos, e medicamentos, não surgiram com o novo sistema de saúde. São, na realidade, conseqüências históricas de um modelo de atenção à saúde centrado na assistência médica. Todavia, é preciso se realçar que nesses doze anos de SUS, se obtiveram resultados bastante positivos.

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão.

O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária. O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2005), a humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Humanizar é investir em melhorias nas condições de trabalho dos profissionais da área, é alcançar benefícios para a saúde e qualidade de vida dos usuários, dos profissionais e da comunidade. Um dos grandes problemas sociais existentes em nosso país está relacionado à saúde da população. A humanização consiste no investimento no bem-estar do paciente, onde a humanização dos serviços de saúde é um dos programas prioritários do Ministério da Saúde.

O objetivo do atendimento humanizado é envolver essencialmente o trabalho em conjunto de diferentes profissionais, colaborando para o estabelecimento de uma nova cultura de respeito e valorização da vida humana no atendimento ao paciente.

Vale ressaltar que representa não causar danos ao paciente na realização de procedimentos. Exemplos: cateterismo vascular ou ventilação mecânica sem causar

infecção hospitalar; administração de quimioterápicos sem extravasamentos; evitar a queda do paciente das macas ou camas, entre outros. O cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente.

Para Cecílio e Merhy (2002), "O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde.

A humanização do atendimento hospitalar requer mudança de valores, comportamento, conceitos e práticas, exigindo do atendente um reposicionamento no que se refere ao atendimento aos usuários. Essa postura está obrigando o Sistema Único de Saúde a investir em treinamento de todos os seus colaboradores. Faz parte da humanização hospitalar a criação de condições que respeitem o direito das pessoas a um ambiente humano propício a viver com dignidade e a morrer com tranqüilidade, quando a hora chegar.

A humanização da instituição da saúde deve passar, obrigatoriamente, pela humanização maior e condicionante de toda a sociedade. Hoje, devido à humanização nos hospitais realizada por profissionais, pacientes e familiares, estes últimos encontram no centro hospitalar um lugar que ameniza o sofrimento e diminui a tensão vivida por eles, durante o processo de tratamento.

Desta forma, entende-se que depende muito dos indivíduos a busca pela qualidade, pois limitações toda pessoa tem, independente de ser velho ou jovem. O querer, a determinação e o espírito de vida são o que o move o ser. Não que a juventude seja mais importante que a velhice, o que o jovem faz na fase do aprendizado, conseqüentemente refletirá na velhice. Para se sentir bem não precisa necessariamente estar jovem, mas estar disposto a viver.

3 METODOLOGIA

O Trabalho de Conclusão de Curso, se baseou numa proposta de intervenção em uma Unidade de Saúde da Família no município de São Francisco do Conde. Com o intuito de criar estratégias para aumentar a adesão dos usuários portadores de *Diabetes mellitus* ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso a partir do fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde.

Foram incluídos neste estudo pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus* pertencentes a essa área de abrangência e que concordaram participar do Projeto. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista, e análise do prontuário dos pacientes.

A intervenção e implementação das medidas para melhorar a adesão dos pacientes diabéticos ocorreu na Unidade de Saúde Jaciara Bispo Medeiros, localizada no município de São Francisco do Conde, Avenida Juvenal Eugênio de Queiroz S/N, Baixa Fria, no ano de 2022.

Dado estudo patiu de uma uma pesquisa de campo com revisão de literatura, que tem como finalidade adquirir conhecimentos do tema a partir de publicações prévias sobre o assunto. Esta pesquisa justifica-se pela importância de implementar ações estratégicas acerca do tema, além de visar contribuir na orientação para a gestão das políticas públicas na perspectiva do bem e do interesse público. Sendo assim proporcionar a saúde possibilidades de vida saudável, dentro de suas limitações; além de promover o fortalecimento dos vínculos que fazem parte do nicho da Atenção Básica.

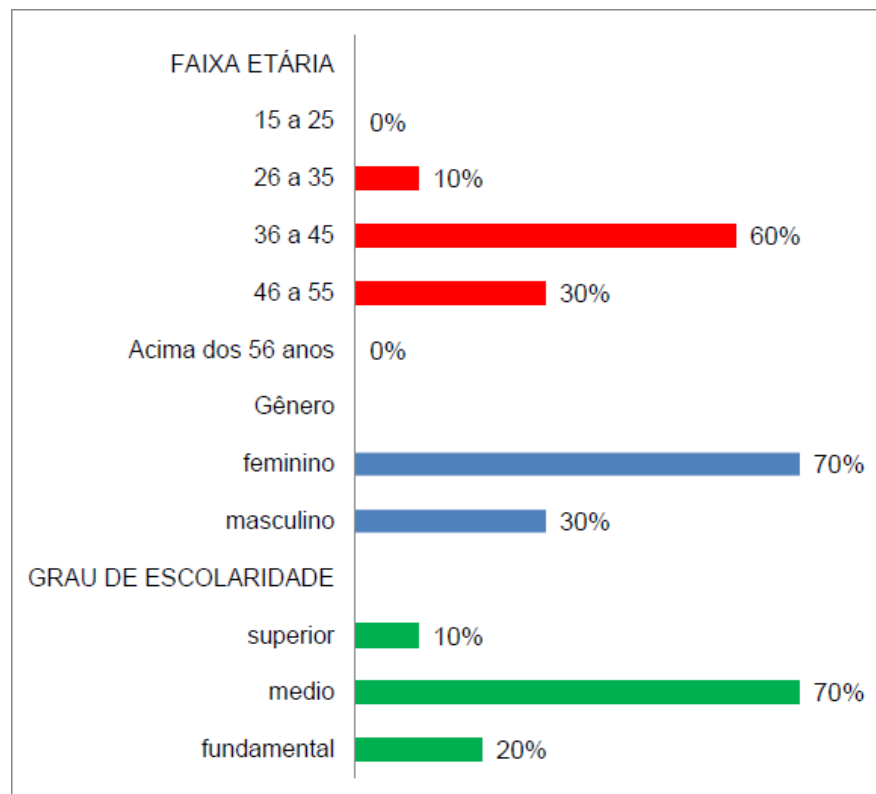
O desenvolvimento desta revisão contou com as fases de definição do tema; categorização dos estudos; apresentação da revisão/síntese do conhecimento, seleção dos estudos existentes; análise e interpretação. Buscando as ferramentas de acesso as plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Scientific Electronic Library on Line (SciELO); Google Acadêmico, na busca dos textos completos disponíveis na internet. Como critérios de inclusão, utilizou-se artigos em língua portuguesa, artigos disponíveis na íntegra em formato eletrônico, contendo como tema principal a *Diabetes mellitus*, dos últimos 10 anos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O principal objetivo do estudo é conhecer a incidência de casos de Diabetes na Unidade de Saúde da Família Jaciara Santana Bispo Medeiros. Tendo como objetivos específicos: traçar o perfil do entrevistado na Unidade Saúde da Família, Investigar a gestão e acompanhamento aos pacientes assistidos na unidade de Saúde da Família, perante ao paciente portador de *Diabetes mellitus*; analisar como se dá a logística, o atendimento e o acompanhamento da equipe aos pacientes da Unidade.

Foi investigado quais as estratégias utilizadas pelos gestores da unidade de saúde para aumento de vínculo com os usuários

Gráfico 1 - Perfil do entrevistado



Fonte: Pesquisa de Campo.

De acordo ao gráfico 1, e através da coleta de vinte pessoas entrevistadas na Unidade de Saúde da Família, sendo que 70% das pessoas é do sexo feminino, e 30% do sexo masculino. Sendo com idades entre 36 à 45 anos, 60%; 46 à 55 anos, 30%; e de 26 à 35 anos, 10%. Quanto ao nível de escolaridade 70% dos entrevistados possuem nível médio, 20% fundamental e 10% nível superior.

Esses dados refletem o avanço gradativo da doença *Diabetes mellitus* e o

agravo da qualidade de vida dos indivíduos.

Quadro 1 - Evolução e agravos da Diabete Melitus nos pacientes

INFORMAÇÕES	QTD PACIENTES	CLASSIFICAÇÃO	PERCENTUAL
CASOS DE DM NA FAMÍLIA	16	SIM	80%
CASOS DE DM NA FAMÍLIA	4	NÃO	20%
DOENÇAS ASSOCIADAS	10	SIM	50%
AGRAVOS	10	NÃO	50%
QUEIXAS DA DOENÇA	16	SIM	80%
QUEIXAS DA DOENÇA	4	NÃO	20%

Fonte: Pesquisa de Campo.

No quadro 1 verifica-se que 80% dos pacientes possuem casos de diabetes na família, e 50% desenvolveram outras doenças associadas, como hipertensão arterial; assim como já tiveram internamento por agravamento da doença. 80% dos entrevistados relatam queixas sobre a doença.

Se observa de acordo as pesquisas apresentas que alterações fisiológicas decorrentes do processo da doença, surgimento de hipertensão arterial e a redução lenta e gradual do bom funcionamento do corpo. O *Diabetes mellitus* (DM) é uma doença metabólica altamente preponderante principalmente em idosos, e pode ser desencadeada por vários fatores. A condição patológica acontece devido ao excesso de glicose na corrente sanguínea em decorrência de alguma alteração na secreção ou mecanismo fisiológico do hormônio insulina.

Entre as variáveis da doença, queixas e agravos, de acordo com os dados apresentados na coleta das entrevistas estão relacionados ao estilo de vida, condições clínicas, hipertensão, cansaço e o desenvolvimento de úlceras nos pés.

A obesidade também apresentou associação com a alteração nos níveis glicêmicos, independentemente de outras variáveis. O excesso de peso é um dos fatores determinantes para a manutenção da hiperglicemia, por meio de diversos mecanismos, como o aumento dos ácidos graxos livres circulantes, a diminuição da adiponectina e secreção de citocinas pelo tecido adiposo, que em última análise exacerbam a resistência à insulina.

Quadro 2 - Gestão e acompanhamento aos pacientes assistidos na unidade

EQUIPE USF	8	ÓTIMA	40%
EQUIPE USF	12	BOA	60%
PONTOS POSITIVOS	12	BOM	60%
PONTOS POSITIVOS	8	REGULAR	40%
PONTOS NEGATIVOS	12	REGULAR	60%
PONTOS NEGATIVOS	8	BOM	40%
PACIENTE X PROFISSIONAL	20	ÓTIMO	100%
INTERFERÊNCIA PROFISSIONAL	12	BOA	60%
INTERFERÊNCIA PROFISSIONAL	8	ÓTIMA	40%
PAPEL DO GESTOR NA USF	12	BOA	60%
PAPEL DO GESTOR NA USF	8	ÓTIMA	40%
ACOMP. NUTRICIONAL	8	BOA	40%
ACOMP. NUTRICIONAL	12	NÃO TEM	60%

Fonte: Pesquisa de Campo.

Mediante o quadro 2 quanto a Equipe da Unidade de Saúde, em relação ao acolhimento foi classificada com 40% classificam o grau de atendimento como ótimo, e 60% como bom o atendimento.

Deste ponto de vista, se analisa a questão da “intersectorialidade, a articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem” (BRASIL, 2006, p.13).

Os pontos positivos vai de todo acolhimento do paciente até a sua saúde e tentativa de resolução dos problemas, como também da assistência do tratamento. Sendo assim apontados como 60% bom, 40% regular; e pontos negativos 60% regular e 40% bom. Estes últimos mostram o grau de insatisfação dos pacientes quanto ao acolhimento.

A *Diabetes mellitus* do tipo II é uma condição clínica que está em grande evidência nos idosos do gênero feminino que possuem uma baixa escolaridade. Ademais, foi observado também que os idosos portadores de diabetes exerciam atividade laboral a mais, em relação aqueles que não possuíam a síndrome mas trabalhavam e por fim, estes indivíduos possuem um grande amparo nas residências, em função dos idosos não diabéticos.

A relação entre paciente e Equipe de Saúde da Família da Unidade é considerada como 100% ótima. E a interferência do profissional no tratamento, o papel do gestor na unidade, 60% consideram como boa e 40% como ótima.

A promoção da saúde como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Para o SUS, esta estratégia é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde/doença em nosso País como, tais como; habitação inadequada, violência, desemprego, falta de saneamento básico, difícil acesso à educação, fome, entre outras.

As variáveis de estilo de vida também foram autorreferidas e relacionadas à realização de dieta alimentar, prática regular de atividade física, tabagismo e consumo excessivo de álcool. A prática de atividade física é considerada regular quando o indivíduo referia realizar no mínimo 30 minutos de exercícios físicos, três vezes ou mais por semana.

Os dados relacionados às condições clínicas foram: tempo de diagnóstico, uso de insulina, obesidade, hipertensão arterial (HA) e dislipidemia. Ainda, nesse item foram verificados histórico dos seguintes eventos cardiovasculares ou complicações crônicas.

As metas nutricionais tem como principal objetivo de regulação da carga glicêmica das diferentes refeições e consequente melhora tanto do perfil glicêmico como do quadro clínico atual. 40% dos pacientes relatam que possuem acompanhamento nutricional e consideram como bom, enquanto 60% não possuem acompanhamento. Sendo assim, sugerido ao paciente que após a primeira intervenção, fosse anotado os valores de glicemia de jejum todos os dias até o próximo retorno, para posterior análise, e assim proporcionar um acompanhamento da evolução da doença de uma maneira mais abrangente.

Quadro 3 - Logística

INFORMAÇÕES	QTD PACIENTES	CLASSIFICAÇÃO	PERCENTUAL
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAÇÃO	20	BOA	100%
TRANSPORTE	12	BOA	60%
TRANSPORTE	8	REGULAR	40%

Fonte: Pesquisa de Campo.

Quanto ao quadro 3 foi relatado que quanto a liberação de medicação na unidade de saúde, 100% dos entrevistados consideram bom, porém ressaltam que necessitam de realização de palestras, mais profissionais especializados, e melhor distribuição de medicamentos.

Quanto ao transporte ofertado aos pacientes 60% consideram bom, e 40% regular. O tempo de espera para atendimento foi classificado em 60% como bom, e 40% regular.

Para Ballou (2006) o planejamento logístico busca responder a perguntas que são constantes no ramo como: o quê, quando e como? Essas perguntas se desenvolvem em três níveis que são conhecidos como níveis estratégico, tático e operacional, que se diferem entre si apenas pelo horizonte temporal do planejamento, no qual o estratégico é considerado de longo prazo, o tático tem um tempo intermediário e o operacional é um processo decisório de curto prazo, com decisões tomadas diariamente. Cada nível de planejamento possui particularidades específicas e que devem estar em sintonia com os processos.

Quadro 4 - Atendimento e acompanhamento da equipe

INFORMAÇÕES	QTD PACIENTES	CLASSIFICAÇÃO	PERCENTUAL
TEMPO DE ESPERA	12	BOA	60%
TEMPO DE ESPERA	8	REGULAR	40%
DISPONIBILIDADE DA EQUIPE	20	BOM	100%
ATUAÇÃO DA GESTÃO	4	PÉSSIMA	20%
ATUAÇÃO DA GESTÃO	12	BOA	60%
ATUAÇÃO DA GESTÃO	4	REGULAR	20%
ACS	14	ÓTIMO	70%
ACS	6	BOA	30%

Fonte: Pesquisa de Campo.

No quadro 4 foi investigado o atendimento e acompanhamento da equipe aos pacientes. A disponibilidade da equipe de saúde, classificada 100% ótima. Sobre a atuação da gestão municipal, 20% classificaram como regular, 60% boa, e 20% péssima. E a atuação dos Agentes comunitários, 70% dos pacientes, classificaram como ótima e 30% como boa.

A Humanização no Atendimento Hospitalar, de acordo com Mezomo (1995, p 276):

[..] significa tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada a pessoa humana e a salvaguarda de seus direitos fundamentais. Hospital humanizado, portanto, é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade.

Com todo exposto constata-se que para estudar as práticas para o autocuidado, é importante analisar os hábitos da dieta, convivência com a doença e atividade física. Assim, para uma melhor qualidade de vida do paciente diabético é importante o seu acompanhamento por uma equipe multidisciplinar formada de profissionais como: médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo e assistente social, pois estudos têm demonstrado a eficácia dessa educação multidisciplinar do paciente na melhora do paciente glicêmico.

As pessoas que sofrem com o DM têm de aprender a conviver com as várias mudanças de comportamento exigidas para o controle da doença e essas mudanças levam tempo para serem aceitas e incorporadas pelos indivíduos e seus familiares. É comum que os indivíduos que iniciam o tratamento farmacológico apresentem efeitos colaterais como diarreia, náuseas, tonturas e crises de hipoglicemia, além do desconforto pela automonitorização glicêmica e administração da insulina, em alguns casos, que exige a perfuração cutânea diária. Essa rotina induz grande parte dos diabéticos a não seguirem adequadamente o tratamento e até ao seu abandono. Por isso, sem o apoio dos serviços de atenção básica, fornecendo educação para o autocuidado e subsídios para o controle do DM, rapidamente o quadro clínico desses indivíduos se agrava e surgem as comorbidades e complicações crônicas, que impactam negativamente na sua qualidade de vida.

Intervenções de educação em saúde, quando realizadas em cuidados primários, melhoram a adesão ao tratamento, reforçando o papel do enfermeiro como educador. Acredita-se que o nível primário de atenção é ideal para efetuar programas

educativos sobre o tratamento e detecção prévia da DM. Abaixo apresentamos a tabela e gráfico percentual da análise estudada.

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de um Município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. A escolha do tema para reflexão, teve como força motivadora as assistências prestadas e o auxílio nas demais ações promovidas, na busca de melhor qualidade de vida para toda população. (CAMPOS, 2004, p. 747).

5 CONCLUSÃO

A atuação do enfermeiro nesta patologia é muito importante, pois, a essência da formação do enfermeiro está na educação em saúde, onde ele exercer melhor seu papel como pessoa e profissional atuando na promoção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas. O enfermeiro é flexível e possui habilidades para abordar o problema, no núcleo familiar e social.

A assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado. Sendo de competência de o enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames e realizar transcrição de medicamentos de rotina de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, desenvolver estratégias de educação em saúde e fazer encaminhamentos quando necessário.

O enfermeiro da Unidade de Saúde da Família é uma profissional de grande importância na vida do paciente diabético, tendo em vista que está no cotidiano em contato com o mesmo, onde se torna um profissional educador, pois a essência do profissional enfermeiro está na educação em saúde onde vai atuar o seu papel na promoção e reabilitação do paciente de forma holística e sistematizada.

O presente estudo possibilitou analisar, a partir da coleta de dados um resultado satisfatório ao fazer o acompanhamento junto com os pacientes diabéticos. Onde o tratamento do *Diabetes mellitus*, é a principal forma de evita complicações na vida do paciente.

REFERÊNCIAS

BALLOU, Ronald. H. **Logística empresarial**. São Paulo. Atlas, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, 1989.

CAMPOS, Gastão W. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS):** um modo singular de produzir política pública. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 84, 2004.

COSTA, Jorge de Assis 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, p. 2001-2009, Mar. 2011 .

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com *Diabetes mellitus*. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231- 237, 2013 .

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes et al. Adherence To *Diabetes mellitus* Treatments In Family Health Strategy Units. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 257-263, Apr. 2014.

GROSS, Jorge L. et al . Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 16-26, Feb. 2002 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro; 2014. 180 p.

MENDES, Telma de Almeida Busch et al . *Diabetes mellitus*: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, p. 1233- 1243, June 2011 .

MCLELLAN, Kátia Cristina Portero et al . *Diabetes mellitus* do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 20, n. 5, p. 515- 524, Oct. 2007 .

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na sander princípios básicos**. Sao Paulo: J.C. Mezomo, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional De Promoção Da Saúde**. Anexo I.

2006. Disponível em: www.portadasaude.gov.br Acesso em: 10 de Junho de 2022.

OROZCO, Livia Barqueta; ALVES, Sergio Henrique de Souza. Diferenças do autocuidado entre pacientes com *Diabetes mellitus* tipo 1 e 2. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 18, n. 1, p. 234-247, abr. 2017 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad, 2019.

APÉNDICE



ENTREVISTA / QUESTIONÁRIO

1. PERFIL DO RESPONDENTE

1.1 Qual sua faixa etária?

() De 15 a 25 anos () De 26 a 35 anos () De 36 a 45 anos () De 46 a 55 anos
() De 56 a 65 anos () Acima de 66 anos

1.2. Gênero: () Masculino () Feminino

1.3 Grau de escolaridade:

() Fundamental () Médio () Superior

2. Na sua Família existem histórico de casos de *Diabetes mellitus* ?

() SIM () NÃO

3. Existem outros casos de doenças associadas ?

() SIM () NÃO

4. Você já esteve internado por agravamento da doença ?

() SIM () NÃO

5. Existem queixas sobre esta doença (*Diabetes mellitus*) ?

() SIM () NÃO

6. Como você classifica a Equipe da Unidade de Saúde, a qual você é assistido (a), em relação ao acolhimento?

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

7. Sobre os pontos positivos, e que facilitam o seu tratamento, como você os classifica?

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

8. Sobre os pontos negativos quanto ao acompanhamento e acolhimento aos pacientes com *Diabetes mellitus*, nesta unidade como os classifica?

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

9. As informações dadas pela Unidade e Equipe profissional são suficientes para o seu entendimento ?

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

10. Como se dá a relação paciente x profissional de saúde, nesta Unidade ?

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

11. De que forma você acha que a administração desta unidade pode interferir no seu tratamento?

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

12. No seu ponto de vista, como classifica o papel do gestor dentro da Unidade de Saúde, perante ao paciente portador da *Diabetes mellitus* ?

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

13. Você tem acompanhamento nutricional?

() SIM () NÃO

Se sim, como avalia este acompanhamento?

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

14. Dentre os pontos citados abaixo, qual o grau de satisfação dos mesmos:**a) Medicação:**

() ótimo () bom () regular () insuficiente ()
péssimo

b) Transporte:

() ótimo () bom () regular () insuficiente ()
péssimo

c) Tempo de espera para consultas:

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

d) Disponibilidade da equipe de saúde:

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

e) Atuação da gestão:

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo

f) Agentes comunitários:

() ótimo () bom () regular () insuficiente () péssimo