

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA  
POPULAÇÃO ADULTA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA RIBEIRO DA SILVA NO MUNICÍPIO  
DE SÃO RAIMUNDO NONATO-PI**

*INTERVENTION PROJECT FOR HEALTH CARE OTIMIZATION ON ADULT  
POPULATION WITH DIABETES MELLITUS IN UBS MARIA RIBEIRO DA  
SILVA FROM SÃO RAIMUNDO NONATO – PIAUÍ*

Luciano Arêa Leão Cardoso<sup>1</sup>

Ione Maria Ribeiro Soares Lopes<sup>2</sup>

**RESUMO**

Diabetes Mellitus é uma doença endócrino-metabólica de etiologia heterogênea, caracterizada por hiperglicemia crônica, resultante de defeitos da secreção ou da ação da insulina. Podem haver complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica) e crônicas (retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença arterial coronariana, arterial periférica e cerebrovascular). Dessa forma, é função da atenção básica manter um acompanhamento adequado dos pacientes diagnosticados ou com sintomas compatíveis, para otimizar o controle adequado da doença e prevenir as complicações. O presente trabalho visa buscar estratégias efetivas de intervenção no território da UBS Maria Ribeiro da Silva, em São Raimundo Nonato-PI, onde foram identificados pacientes diabéticos com controle inadequado da patologia, seja por uso equivocado das medicações, ausência de acompanhamento médico ou hábitos de vida incompatíveis. Espera-se com esse projeto aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos da comunidade e um seguimento longitudinal com responsabilidade compartilhada.

Descritores: Diabetes Mellitus; Atenção primária; Cuidado continuado.

**ABSTRACT**

---

<sup>1</sup> Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médico em uma Unidade Básica de Saúde no município de São Raimundo Nonato-PI  
Endereço: Rua Doutora Maria Carvalho Santos, 2038; CEP:64052-465  
E-mail: [lucianoalc1@hotmail.com](mailto:lucianoalc1@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Medicina pela UNIFESP. Departamento Materno-Infantil, UFPI.  
Endereço para correspondência: Rua Desembargador Pires de Castro, 260-centro  
Contato: (86) 3221-6319  
E-mail: [ione.gin@uol.com.br](mailto:ione.gin@uol.com.br)

Diabetes Mellitus is an endocrine-metabolic disease of heterogeneous etiology, characterized by chronic hyperglycemia, resulting from defects in the secretion or action of insulin. There may be acute complications (hypoglycemia, ketoacidosis, non-ketotic hyperglycemic hyperosmolar syndrome) and chronic (retinopathy, nephropathy, neuropathy, coronary artery, peripheral and cerebrovascular disease). Thus, it is the function of primary care to maintain an adequate follow-up of patients diagnosed or with compatible symptoms, in order to optimize the adequate control of the disease and prevent complications. The present work aims to search for effective intervention strategies in the territory of UBS Maria Ribeiro da Silva, in São Raimundo Nonato – PI, where diabetic patients with inadequate control of the pathology were identified, either due to the misuse of medications, the absence of medical monitoring or habits of incompatible life. This project is expected to increase adherence to the treatment of diabetic patients in the community and a longitudinal follow-up with shared responsibility.

## **INTRODUÇÃO**

Diabetes mellitus (DM) constitui-se em um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção da insulina ou em ambas. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens, as quais coexistem com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (MILECH Adolfo et. Al., 2016).

É importante destacar que além da adesão ao tratamento farmacológico para o controle da doença, a interação com a alimentação, a prática de atividades físicas, monitoramento da glicemia e o cuidado com os pés são fundamentais para o sucesso da terapia. A prática do autocuidado devem estar sempre presente no cotidiano. (SOUZA et al., 2017).

Quando mal controlado, a Diabetes Mellitus pode proporcionar complicações, disfunções e lesões em órgão-alvo, tais quais nefropatia, neuropatia e retinopatia diabética, além de doença cerebrovascular, arterial periférica e arterial coronariana.

A aceitação da convivência com o caráter crônico da enfermidade é um grande desafio que está, muitas vezes, associado a sentimentos de tristeza, raiva e hostilidade, cuja superação requer do indivíduo conhecimento relativo à doença, manifestações clínicas, sinais e sintomas, além da vontade de cooperar ativamente no tratamento. Entra neste momento o papel fundamental da educação em saúde, que é capaz de atuar ativamente no cuidado preventivo

com disseminação de informações e incentivando o acompanhamento médico qualificado e personalizado para a realidade local, o que certamente reduz a morbidade e mortalidade dos pacientes em questão.

Torna-se evidente, portanto, que grande parte do controle da doença deve partir do próprio paciente que, através de disciplina no autocuidado, com manutenção adequada do tratamento medicamentoso, acompanhamento médico periódico para avaliação dos níveis glicêmicos e prevenção de complicações em órgãos-alvo, atividade física regular e alimentação adequada.

O fortalecimento e incentivo à atenção primária é a chave para otimizar o diagnóstico, prevenção e tratamento da patologia, demonstrando-se um grande avanço recente. Dessa forma, os esforços conjuntos devem partir da gestão federal até a esfera estadual e municipal, chegando à equipe da UBS, na qual os profissionais devem primeiramente estar capacitados e em seguida realizar uma estratégia personalizada ao território em que estão inseridos.

Dessa forma, cabe à equipe de saúde, em especial da atenção primária, o dever de levar informação aos pacientes, incentivando o autocuidado e compartilhando a responsabilidade de condução da patologia, que muitas vezes acaba não recebendo a devida importância, devido a fatores socioculturais inerentes ao território abordado. (Salci M. A., Meirelles B.H.S., Silva D.M.G.V, 2017).

Diante da problemática do tema foi pensado em um projeto de intervenção para a comunidade da UBS Maria Ribeiro da Silva no município de São Raimundo Nonato-PI, com os objetivos de Identificar o perfil dos pacientes diabéticos do território; Organizar acompanhamento longitudinal sistemático de pacientes portadores de Diabetes Mellitus, através de atendimento médico periódico e visitas domiciliares; Promover busca ativa de pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus que não realizam acompanhamento adequado, bem como daqueles com sinais e sintomas que necessitem de investigação e acompanhamento e, Desenvolver ações educativas periódicas com pacientes diabéticos a respeito de hábitos alimentares, atividade física e fatores de risco inerentes a essa entidade nosológica.

## **METODOLOGIA**

O presente projeto de intervenção que será realizado na Unidade Básica de Saúde Maria Ribeiro da Silva, na área urbana do município de São Raimundo Nonato-PI.

Ao longo do primeiro ano de trabalho no município foram identificadas diversas problemáticas que necessitavam de atenção diferenciada. Dentre elas, problemas básicos relacionados à logística, como a ausência de prontuário eletrônico e muitas vezes até de prontuário físico de diversos pacientes, além de dificuldade para organizar a demanda agendada, o que fazia com que a maioria dos atendimentos fosse através de consultas do dia, o que concentrava a atenção médica apenas em problemas agudos e dificultava o cuidado preventivo.

Tal questão tornava-se ainda mais evidente no caso de pacientes portadores de Diabetes Mellitus, que compareciam inicialmente apenas para renovação de medicações de uso contínuo ou em casos de intercorrências agudas. A partir daí, foi realizada uma reunião com toda a equipe para definir a semana padrão de atendimento, com horário reservado para hipertensos e diabéticos, bem como para puericultura, pré-natal, saúde mental e demanda livre.

Na medida em que essa mudança logística foi estabelecida, mais problemas foram sendo identificados, como o controle inadequado da glicemia de muitos pacientes, o que nos levou a buscar uma otimização na oferta da saúde a este paciente. Pensando nisso, foi elaborado um plano operativo que prioriza o cuidado preventivo dos pacientes diabéticos, através de palestras educativas, recadastramento, rotina de consultas periódicas padronizadas e sugestão à gestão de uma melhora no sistema de contrarreferência especializado.

### PLANO OPERATIVO

<b>Situação problema</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>METAS/ PRAZOS</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>
Ações educativas insuficientes na UBS	Realizar ações educativas periódicas	Definir cronograma padrão de atividades educativas em 6 meses	Iniciar ações sócio-educativas a cada 3 meses, com foco para pacientes diabéticos	Médico Enfermeira Gerente da UBS
Cadastro de diabéticos desatualizados	Obter número atualizado de pacientes portadores de DM no território	Elaborar planilha personalizada para cada ACS com número atualizado em 4 meses	Realizar busca ativa e relatório de campo, com registro dos pacientes com o perfil.	Gerente da UBS Médico Enfermeiro ACSs
Sistema de contra-referência especializado ineficiente	Criar um sistema de contra-referência eficaz	Definir novo modelo de contra-referência em 2 anos	Levar à gestão estadual a necessidade de otimização do atual sistema.	Gestor

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva de implantação do projeto é a melhor possível, tendo em vista que há uma boa vontade da equipe, conciliada com a necessidade real da população, aliada a um bom diálogo promovido entre a gestão e a equipe das UBSs.

Todavia, apesar de plenamente possível, existem desafios a serem enfrentados, dentre eles os entraves culturais da população, que tem se mostrado resistente às mudanças orientadas

pela equipe, em especial quanto à necessidade da presença do paciente nas consultas médicas periódicas, que nos anos anteriores eram habituados a renovar a medicação através de terceiros (muitas vezes pelo próprio agente comunitário de saúde). Sendo assim, existe um período de adaptação esperado, que demanda uma vigilância contínua da equipe, em especial dos ACSs, para difundir as informações e conscientizar as famílias da importância do acompanhamento médico.

Outro desafio é no caso de paciente mais grave, que por vezes necessitam de atendimento especializado. O encaminhamento é realizado quando necessário, todavia a comunicação através do sistema de contra-referência inexistente, fazendo com que as informações obtidas a respeito da consulta especializada sejam apenas do diálogo com o próprio paciente, o que gera imprecisões e dificuldades em entender as mudanças realizadas. A solução de tal problema não depende apenas da gestão municipal, necessita de uma comunicação com a gestão estadual de tal forma a gerar um sistema de troca de informações realmente eficaz, o que demanda tempo e recursos.

Espera-se com esse projeto o aumento da adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos da comunidade e um seguimento longitudinal com responsabilidade compartilhada.

## REFERÊNCIAS

- MILECH Adolfo et. al., **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
- Salci M. A., Meirelles B.H.S., Silva D.M.G.V, **Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25:e2882
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Silva JVM, Mantovani MF, Kalinke LP, Ulbrich EM. **Hypertension and Diabetes Mellitus**