

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÉRGIO AUGUSTO DA SILVA NASCIMENTO**

**DIABETE MELLITUS E A EQUIPE 6 DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IGREJA  
NOVA**

**MACEIÓ / ALAGOAS**

**2020**

**SÉRGIO AUGUSTO DA SILVA NASCIMENTO**

**DIABETE MELLITUS E A EQUIPE 6 DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IGREJA  
NOVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. MSc. Weidila Siqueira de Miranda Gomes.

**MACEIÓ / ALAGOAS**

**2020**

**SÉRGIO AUGUSTO DA SILVA NASCIMENTO**

**DIABETE MELLITUS E A EQUIPE 6 DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IGREJA  
NOVA**

**Banca examinadora**

Professora MSc. Weidila Siqueira de Miranda Gomes - Universidade Federal de Alagoas

Professor Tiago Perez Leitão Maciel - Universidade Federal de Alagoas

Aprovado em Maceió/ AL, em 17 de abril de 2020.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico a Deus que em todas as questões da minha vida, está sempre em primeiro lugar. Dedico este projeto de pesquisa à minha esposa Samarah Rocha, cuja presença foi essencial para a conclusão deste trabalho. Grato pela sua amizade e compreensão com as minhas horas de ausência. Te amo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus que me deu forças para concluir este projeto de forma satisfatória, esperando que este trabalho seja um instrumento de paz e de mais uma fonte de aprendizado aos caros colegas. A todos os funcionários da instituição de ensino UFAL pois proporcionaram um ambiente propício para o desenvolvimento do meu trabalho de conclusão de curso. A todos os professores e palestrantes, por todos os conselhos e ajuda durante os estudos e na elaboração de novos conhecimentos. Sou grato a orientadora Profa. MSc. Weidila Siqueira, bem como ao examinador da Banca Professor Tiago Perez pelas correções e incentivo durante todo o projeto, e a todos os outros colaboradores que de alguma maneira contribuíram para a construção de outras práticas de aprendizagem. Em especial quero agradecer ao colaborador Robério Ferreira, por todo apoio e paciência ao longo dessa extensa jornada. Mais uma vez, agradeço a minha esposa pelos cuidados e toda atenção comigo nessa etapa do Programa dos Mais Médicos.

"Há homens que lutam um dia e são bons.  
Há outros que lutam um ano e são melhores.  
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.  
Porém, há os que lutam toda a vida.  
Esses são os imprescindíveis."

Bertolt Brecht.

## RESUMO

Este trabalho tem por base apresentar o município de Igreja Nova e o atendimento que é prestado pela eSF 6. Igreja Nova é uma cidade de 127 anos de emancipação política, com aproximadamente 28.900 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2016), localizada no Estado de Alagoas e distante 160 km da capital do Estado, sua história está ligada a exploração do Rio São Francisco, que fundaram um povoado denominando-o Ponto das Pedras, que foi de suma importância no desenvolvimento da região ribeirinha. Na rua principal da cidade está situado o Posto de Saúde da Equipe 6 que funciona das 7 às 16 hora, tendo sua equipe formada por um médico generalista, uma enfermeira, 7 ASCs, odontólogo, psicólogo e uma pessoa de serviços gerais. Atende consultas agendadas, demandas espontâneas, e casos prioritários como pré-natal, hipertensos, diabéticos, saúde mental, crianças, idosos, puérperas, usuários com tuberculose, hanseníase, entre outros casos clínicos. Dos atendimentos mais comuns no posto, podemos destacar a incidência de pacientes diabéticos com glicemia descompensada e com altos níveis pressóricos. São realizadas palestras e atividades para maior esclarecimento a população sobre hábitos saudáveis de vida, e controle da doença.

Palavras-chave: Saúde da Família. Equipe de Saúde 6. Diabetes. Controle glicêmico. Igreja Nova.

## **ABSTRACT**

This work is based on the presentation of the municipality of Igreja Nova and the assistance provided by eSF 6. Igreja Nova is a city of 127 years of political emancipation, with approximately 28,900 inhabitants (estimated by IBGE for the year 2016), located in the State of Alagoas and distant 160 km from the state capital, its history is linked to the exploration of the São Francisco River, which founded a settlement called Ponto das Pedras, which was of great importance in the development of the riverside region. On the main street of the city is located the Health Office of Team 6 that runs from 7 to 16 o'clock, having its team formed by a general practitioner, a nurse, 7 ASCs, dentist, psychologist and a general service person. It attends scheduled appointments, spontaneous demands, and priority cases such as prenatal, hypertensive, diabetic, mental health, children, elderly, puerperal, users with tuberculosis, leprosy, among other clinical cases. Of the most common visits at the post, we can highlight the incidence of diabetic patients with decompensated glycemia and with high blood pressure levels. Lectures and activities are held to clarify the population about healthy habits of life, and control of the disease.

Keywords: Family Health. Health Team 6. Diabetes. Glycemic control. New Church.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabetes melito ( <i>Diabetes mellitus</i> )
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
IDF	International Diabetes Federation
ADA	Associação Americana de Diabetes

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 – Nós críticos relacionados a <i>Diabetes Mellitus</i> presente na comunidade de Igreja Nova	25
Quadro 2 – Principais problemas na comunidade de Igreja Nova	26

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Aspectos gerais do município.....	12
1.2 Aspectos da comunidade.....	12
1.3 O sistema municipal de saúde.....	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde 6.....	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde 6.....	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 6.....	14
1.7 O dia a dia da equipe 6.....	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	15
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo geral .....	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
5.1 Estratégia Saúde da Família e a Atenção Primária à Saúde.....	20
5.2 Diabetes mellitus.....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1 Descrição do problema selecionado.....	24
6.2 Explicação do problema .....	24
6.3 Seleção dos nós críticos.....	25
6.4 Desenho das perações.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 - Aspectos gerais do município**

Por volta do século XIX, pescadores saídos da cidade de Penedo, aportaram na extremidade ocidental de uma grande lagoa formada pelas águas do rio São Francisco e iniciaram uma povoação que logo se tornou conhecida por Ponta das Pedras, nome que se originou do fato de no ponto de desembarque existir grande quantidade de pedras. Mais tarde, a povoação passou a ter a denominação de Oitizeiro, segundo dizem, porque havia ali uma árvore deste nome. Contava com pequeno número de habitantes, quase todos ligados entre si por laços de parentesco.

Construiu-se uma pequena capela, onde os moradores promoviam a celebração de atos religiosos, principalmente no Natal e o São João. Arruinando-se a capela, resolveram erguer uma nova igreja, o que fizeram em 1908, com donativos dos mais abastados e esforço pessoal dos mais pobres, contribuindo cada um com o que estivesse ao seu alcance. Com o crescimento da povoação, esta foi ficando conhecida como Igreja Nova, sendo aos poucos abandonada à antiga denominação de Oitizeiro.

### **1.2 Aspectos da comunidade**

Igreja Nova é uma cidade com aproximadamente 28.900 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2016), localizada no Estado de Alagoas e distante 160 km da capital do Estado. A cidade é um dos municípios mais antigos do Estado, e sua história está ligada a exploração do Rio São Francisco por pescadores, saídos da cidade de Penedo, que por volta do século XIX, fundaram um povoado denominando-o Ponta das Pedras. O município é um dos maiores produtores de arroz do Estado, com reconhecida importância no desenvolvimento da região ribeirinha do São Francisco. Além disso, desenvolve projetos de piscicultura em parceria com a CODEVASF, que encontra no município um laboratório natural, maior açude de Alagoas.

Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho na empresa que beneficiam arroz, milho, e agropecuária localizadas na periferia da cidade, da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico não existe na comunidade, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira

### **1.3 O sistema municipal de saúde**

Na área de saúde, o município conta com 10 eSF adotando uma estratégia de saúde da família para a reorganização da atenção básica, sendo atualmente 2 equipes na zona urbana e 8 equipes na zona rural cobrindo aproximadamente 90% da população. Um grande problema no desenvolvimento da eSF, é a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos.

### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Equipe 6**

A Unidade de Saúde 6 está localizada na rua principal da cidade e funciona das 7 às 16 horas, atendendo a consultas agendadas, demandas espontâneas e casos prioritários como pré-natal, hipertensos, diabéticos, saúde mental, crianças, idosos, puérperas, usuários com tuberculose, hanseníase, entre outros casos clínicos. A equipe promove palestras e reuniões a fim de esclarecer a população sobre hábitos saudáveis de vida, cuidados básicos para melhor quadro de doenças e prevenção de acidentes domésticos passíveis de originar supostos danos que exijam atenção mais complexa por parte da equipe de saúde.

Dos atendimentos mais comuns no posto, podemos destacar a incidência de pacientes diabéticos com glicemia descompensada e com altos níveis pressóricos.

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde 6**

A equipe de saúde da Unidade 6, é formada por um médico generalista, uma enfermeira, 7 ACS, odontólogo, psicólogo e uma pessoa de serviços gerais. Além dos usuários da zona urbana de atendimento, atendemos 7 microáreas, ou seja, zona rural. Cada atendente é responsável por identificar os problemas e relatar na reunião semanal, para fazermos agenda de prioridades e visitas domiciliares.

### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 6**

A Unidade de Saúde funciona das 7 às 16 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. Para um atendimento eficiente e eficaz, se faz necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala realizada pela enfermeira, em atividades relacionadas à atendimento técnico, e dividido em prioridades como pré-natal, hipertensos, diabetes e outros. Aparecem juntamente com a demanda espontânea e as consultas agendadas, emergências para atendermos, inclusive com a necessidade de alguns pacientes ficarem em observação, até o fechamento do posto ou até a compensação da patologia de emergência, sendo que até o horário de fechamento do posto, caso não haja estabilização do paciente, este é remanejado para o Hospital Geral do Município, para continuar o tratamento com o médico da emergência. Faz parte do nosso trabalho também avaliar a necessidade e refazer receitas conforme necessidade de pacientes usuários de medicamentos controlados

### **1.7 O dia a dia da equipe 6**

O tempo da Equipe 6 está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte), com avaliação das receitas de pacientes usuários de medicamentos controlados (principalmente hipertensos, diabéticos e saúde mental) e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de vistas. A equipe também desenvolve outras ações como por exemplo, reunião com grupos de hipertensos e diabéticos, palestras para gestantes, e sobre outros assuntos relevantes a comunidade.

### **1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

O município de Igreja Nova está localizado no Estado de Alagoas e dista aproximadamente 160 km da capital, sendo distante para fazermos regulação dos pacientes para os Centros de Referência de Saúde. Também temos áreas de difícil acesso devido a estradas de terra ruins (período chuvoso), o que dificulta a remoção de pacientes acamados que necessitam de atendimentos emergenciais, procedimentos e atenção em esferas de referência.

Com relação à unidade de saúde, temos alguns problemas que impactam no andamento do Posto de saúde, como, o espaço insuficiente e sem cadeiras para todos os usuários, falta de água, sala de espera muito pequena e quente, falta de uma sala própria para reuniões, falta de um ar condicionado.

A Unidade atualmente, não está bem equipada, precisando de equipamentos, como otoscópio, instrumento para pequenas cirurgias, bandeja para parto, entre outros. A falta desses materiais constituiu um foco de tensão relevante entre as Equipes de Saúde, principalmente os ESF distantes, a coordenação do PSF e o gestor municipal de saúde.

Outro ponto a ser citado é a ausência constante do odontólogo, pois existem muitos problemas de dentes cariados e enegrecidos que propiciam maior gravidade nas amígdalas e causam dor e infecção, fazendo com que o paciente retorne sempre ao posto, com a mesma queixa, que não é solucionada, enquanto não resolver a questão do dente em si.

Das demandas espontâneas mais comuns do posto da Unidade 6, podemos destacar pacientes com necessidades em saúde mental, a incidência de diabéticos com glicemia descompensada e com altos níveis pressóricos.

### **1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção**

Dos problemas relacionados aos usuários do Posto de Saúde 6, destacam-se o grande número de pessoas com níveis pressóricos e glicêmicos elevados e pacientes com tratamento para saúde mental mal assistidos. Desses, dois são de fundamental relevância, que são os pacientes hipertensos e os portadores de *Diabetes Mellitus*, descompensados e insulino dependentes. Vários fatores

influenciam nesses dois destaques, como o nível de analfabetismo que é grande na comunidade e dificulta a assimilação de informação por parte dos pacientes para o uso da medicação, bem como a dieta que necessitam para tratar e manter a doença sob controle. Além disso, a dificuldade no acolhimento de pacientes que necessitam de atenção e acompanhamento mais prolongado ou procedimentos mais complexos, se tornam demorados devido a distância dos povoados para a cidade e a regulação para centros de referência na emergência.

## 2 JUSTIFICATIVA

Como a maior demanda de atendimento do posto de saúde são pacientes diabéticos com glicemia descompensada e com altos níveis pressóricos, elegemos esses os maiores problemas relacionados aos usuários do programa. Atualmente, o valor de referência normal para a glicemia (concentração de glicose no sangue) após, no mínimo, 8 horas de jejum é de até 99 mg/dl, porém, valores de 100 a 125 mg/dl são considerados aceitáveis, (classificados como pré-diabéticos ou pré resistentes a insulina).

Porém no atendimento, nos deparamos com pacientes com níveis a cima de 400 mg/dl e isso pode trazer inúmeras complicações incidindo em defeitos nos vasos sanguíneos, órgãos e nervos, ocasionando problemas como: tontura, nervosismos, mialgia, artralgia, déficit da acuidade visual, com perda progressiva da visão. Isso quando não está em estágio mais avançado atingindo membros inferiores, podendo levar inclusive a amputação desses membros comprometidos.

É preciso entender que ao nos alimentar com qualquer tipo amido, frutas, açúcar o corpo absorve pela corrente sanguínea e a insulina ajuda a removê-los do sangue para as células para serem utilizados para produzir energia para o organismo.

O organismo sem diabetes segrega a quantidade certa de insulina para interagir com o alimento ingerido, no entanto, quando a diabetes está presente, o corpo não consegue remover essa taxa de glicose do sangue e transformá-la em energia, por conta da falta de insulina. A doença pode ser causada por diversos fatores e necessita muitas vezes de tratamento com comprimidos ou injeções de insulina para ajudar neste processo.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo geral

- Pontuar os nós críticos relacionados a *Diabetes Mellitus* presente na comunidade.
- Criar estratégias para melhorar os níveis de glicemia e a qualidade de vida dos pacientes.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Controlar os níveis de glicemia dos pacientes.
- Melhorar a adesão à medicação oral.
- Orientar sobre a necessidade de dieta e mudanças de hábitos de vida.
- Reconhecer os nós críticos relacionados a *Diabetes Mellitus* presente na comunidade de Igreja Nova

#### 4 METODOLOGIA

O estudo foi norteado pela amostragem (demanda) que é atendida no posto de saúde, devido à procura dos usuários da comunidade, bem como a preocupação destes com as complicações que a doença pode trazer, além da pesquisa bibliográfica sobre o tema e sobre as possibilidades que podemos implementar no Posto de Saúde junto à comunidade a fim de ajudar a população a controlar as enfermidades e comorbidades.

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan, documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica, como PubMed, ScienceDirect, SciELO, entre outras.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M; SOUZA, S. L. Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família e a Atenção Primária à Saúde

O governo federal, no decorrer dos anos, tem feito tentativas de adequar as normas nacionais da Atenção Básica de Saúde (ABS), definindo parâmetros que estejam adaptados à atual realidade vivida pelo SUS, juntamente com as ações de vigilância em saúde e Atenção Básica, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de reorganização da Atenção Básica no Brasil (FIGUEIREDO, 2011).

Foi realizada em setembro de 2011, o lançamento da Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisava as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012). As normas e resoluções das portarias anteriores continuam em vigor, desde que não conflitem com as normas atuais. Além disso, a ESF e outras estratégias organizativas da Atenção Básica devem seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, considerando e incluindo as especificidades regionais (FIGUEIREDO, 2011).

De acordo com a Declaração de Alma Ata de 1978, a Atenção primária à saúde, deve ser baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter (FACCHINI, 2018). Esta declaração teve grande relevância em vários contextos, âmbitos e dimensões, pois anteriormente à ela, existiam experiências isoladas de atenção primária à saúde que estavam muito vinculadas a diferentes ordens de desenvolvimento e funcionamento, pois cada município desenvolvia as atividades da ESF de um modo diferente, a Declaração unificou tanto as formas de atendimento, como as prioridades e os programas básicos que devem ser priorizados.

A ESF representa uma alternativa significativa e estruturante para a política de saúde do Brasil, com vistas a atender ao disposto na Constituição Brasileira de 1988 sobre saúde (SORATTO, PIRES, DORNELLE, LORENZETTI, 2015) e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser capaz de atender às necessidades da população, atuando com serviços organizados conforme as

prioridades sociais, contribuindo para a melhoria da saúde da população e para a redução de iniquidades, particularmente quanto aos serviços de atenção primárias (MACINKO, MENDONÇA, 2014).

O foco da assistência ao indivíduo na sua integralidade, precisa considera – los em sua coletividade, bem como suas relações familiares e socioculturais. A ESF prevê, ainda, a utilização de conhecimentos que fundamentam a produção de vínculos, autonomia e acolhimento, associando o conhecimento científico estruturado, como por exemplo, a clínica médica, incorporando tecnologias, para solucionar diferentes complexidades, que se comparadas com a estrutura e equipamentos disponíveis em hospitais e os centros de investigação diagnóstica, se tornam eficientes e de baixo custo para o Governo (SORATTO, PIRES, DORNELLE, LORENZETTI, 2015).

Através das ações da ESF tem se conseguido uma distribuição mais eficaz de medicamentos, exames, acompanhamento pré-natal, inclusive, nos últimos anos através de campanhas realizadas em parceria com o Governo, que buscam orientar e motivar a população a procurarem pelas ESF a fim de cuidar especificamente da saúde da criança, da mulher e homem, contribuindo com a diminuição da mortalidade infantil, ampliando a cobertura vacinal, a descoberta de câncer de mama e colo de útero em primeiro estágio, entre outros benefícios.

## **5.2 Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,4) da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes (GOLBERT, et al., 2018). Essa doença se refere a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (RAPOSO, 2016).

O aumento do diabetes está associado a diversos fatores, como a transição epidemiológica, hábitos nutricionais, sedentarismo, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional.

A classificação da doença, assim como seus critérios diagnósticos, vem sofrendo alterações nos últimos anos devido a evolução dos conhecimentos sobre sua fisiopatologia e epidemiologia. Em 1997, a Associação Americana de Diabetes (ADA) propôs nova classificação do diabetes, baseada em aspectos fisiopatológicos, dividindo-o em quatro grandes classes clínicas: diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2), outros tipos de diabetes e diabetes gestacional (COBAS, GOMES, 2010). Essa classificação atualmente é utilizada pela OMS e Sociedade Brasileira de Diabetes.

O diabetes tipo 1, é o mais agressivo, causa emagrecimento rápido e ocorre na infância e adolescência, causa destruição auto-imune das células  $\beta$  das Ilhotas de Langerhans do pâncreas. O indivíduo não tem produção de insulina, a glicose não entra nas células e o nível de glicose no sangue fica aumentado (SMELTZER, BARE, 2002).

A cetoacidose diabética ocorre quase exclusivamente no diabetes tipo 1 e é o resultado de deficiência acentuada de insulina associada a aumento absolutos ou relativos do glucagon. A deficiência de insulina causa degradação excessiva das reservas adiposas, resultando em aumento dos níveis de ácidos graxos livres (COTRAN; KUMMER; ROBBINS, 1994).

No diabetes tipo 2 (diabetes não insulino-dependente), o pâncreas continua a produzir insulina, algumas vezes em níveis mais elevados do que o normal, no entanto, o organismo desenvolve uma resistência aos seus efeitos e o resultado é um déficit relativo à insulina. Pode ocorrer em crianças e adolescentes, mas, normalmente, ele inicia após os 30 anos e torna-se progressivamente mais comum com o avançar da idade. Os fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento do diabetes tipo 2 em geral, aumentam com a idade, obesidade e a falta de atividade física. Outros fatores importantes de risco incluem hipertensão, dislipidemias e doenças vasculares (LUCENA, 2007).

O diabetes gestacional é a alteração das taxas de açúcar no sangue que aparece ou é detectada pela primeira vez na gravidez, podendo persistir ou desaparecer depois do parto. Os especialistas acham que o diabetes gestacional

pode ser uma etapa do diabetes tipo 2, pelas semelhanças clínicas existentes em ambos (SELIGMAN; DUNCAN; BRANCHTEIN, 2006).

No período da gravidez, a placenta (órgão responsável pela nutrição do feto) produz hormônios em grandes quantidades. Embora imprescindível para o desenvolvimento do bebê, os hormônios criam resistência a ação da insulina no organismo materno. O diabetes gestacional costuma aparecer por volta da vigésima quarta semana de gravidez, exatamente quando a placenta começa a produzir grandes quantidades de hormônios, por isso o rastreamento para diabetes gestacional ocorre neste período (NOMURA; MAGANHA; ZUGAIB, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Infelizmente, muitos governos, sistemas de saúde pública e profissionais de saúde ainda não se conscientizaram da atual relevância do diabetes e de suas complicações, que estão diretamente ligados a maiores taxas de hospitalizações, maior utilização dos serviços de saúde, bem como maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores , (GOLBERT, et al., 2018).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

A diabetes mellitus é uma doença metabólica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, cada vez mais cedo, gerando outras complicações que podem aumentar a morbidade. Como tal, esta patologia tem vindo a ser acompanhada por várias organizações mundiais de saúde, com o objetivo de criar medidas e guias para diminuir a sua evolução e o número de novos casos, que se tem mostrado exponencial (FERNANDES, 2013).

Essa doença se refere a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (RAPOSO, 2016).

### **6.2 Explicação do problema**

A diabetes é uma doença crônica, com etiologia múltipla, caracterizada por alterações no metabolismo de lipídeos, proteínas e hidratos de carbono do indivíduo. É possível identificar pela detecção de valores elevados de glicose no sangue (hiperglicemia).

Na diabetes, embora o indivíduo tenha hiperglicemia, como os tecidos não conseguem captar a glicose devido a falhas nos transportadores da mesma, o organismo reage como se houvesse falta desta hexose, aumentando as vias para a sua produção e para obtenção de energia, através do aumento da gliconeogênese, da lipólise e da produção de corpos cetônicos (FERNANDES, 2013).

Quando não há um controlo dos níveis de glicose, podem surgir sérios danos em todo o organismo, principalmente a nível circulatório e nervoso.

Infelizmente, muitos governos, sistemas de saúde pública e profissionais de saúde ainda não se conscientizaram da atual relevância do diabetes e de suas complicações, que estão diretamente ligados a maiores taxas de hospitalizações, maior utilização dos serviços de saúde, bem como maior incidência de doenças

cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores (GOLBERT, et al., 2018).

### 6.3 Seleção dos nós críticos

A seguir destacamos o que entendemos serem o “nós críticos” relacionados a *Diabetes Mellitus* presente na comunidade de Igreja Nova, como hábitos de vida inadequados, falta de conhecimento da população devido ao analfabetismo, falta de investimento por parte do gestor em adquirir material (seringa, agulha de insulina) e o Kit para mensurar a taxa de glicose em domicílio (glicosímetro). A estrutura que temos na Unidade não nos favorece em prestar um atendimento adequado aos pacientes insulino dependentes.

#### Quadro 1 – Nós críticos relacionados a *Diabetes Mellitus* presente na comunidade de Igreja Nova

Nó crítico	Objetivo específicos	Resultados esperados
Hábitos de vida inadequados	Modificar o estilo de vida, através de exercícios físicos e alimentação saudável.	Diminuir em 50% o número de pacientes insulino dependentes
Falta de conhecimento	Aumentar o nível de informação do paciente e/ou cuidador sobre dieta e medicação.	Aumentar assimilação de informação por parte dos pacientes para o uso da medicação e dieta que necessitam para equilibrar a doença
Kit de glicosímetro para mensurar taxa de glicose, agulha seringa.	Diminuir as consequências dos níveis elevados de glicose através da detecção de valores de glicose no sangue com auxílio do glicosímetro.	Atendimento mais eficiente e para pequenos procedimentos
ESF	Criar uma forma de atendimento adequada para esses pacientes.	Implantação de um programa de cuidados especiais para pacientes insulino dependentes

### 6.4 Desenho das operações

Contribuem para o aumento do perfil de risco para doenças crônicas, como o *diabetes mellitus*, a maior longevidade da população, as alterações no estilo de vida, principalmente onde o sedentarismo se destaca, além das mudanças no padrão de alimentação, o que faz com que a prevalência dessa doença se destaque e se torne

um importante problema de saúde pública em países da América Latina (SARTORELLI, 2003).

Nesta etapa desenvolvemos uma série de eventos que acreditamos ser possível realizar na Unidade de Saúde 6 com o apoio e parceria com os gestores de saúde do município e os pacientes diabéticos, a fim de, sermos eficientes controle da diabetes, melhorando a qualidade de vida da comunidade, trazendo mais conhecimento e reduzindo complicações que estão diretamente ligadas a maiores taxas de hospitalizações, maior utilização dos serviços de saúde, bem como maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores.

#### **Quadro 2 – Principais problemas na comunidade de Igreja Nova**

Principais Problemas	Projetos	Objetivos
Paciente diabéticos	Programa de caminhada, dieta alimentar e medicação orientada. Ressaltar a importância de seguir horários da medicação.	Diminuir em 50% o número de pacientes insulino dependentes, bem como evitar sequelas por parte dos elevados níveis de glicose no sangue.
Analfabetismo	Campanha informativa sobre alimentação saudável, exercício físico e medicação adequada, através de palestras educativas.	Aumentar assimilação de informação por parte dos pacientes para o uso correto da medicação e dieta que necessitam para equilibrar os níveis de glicose no sangue
Remoção de pacientes	Transporte auxiliar para remoção.	Regulação para centros de referência na emergência
Falta de equipamentos – Kit de Glicosímetro	Oferta de glicosímetro ao grupo de pacientes críticos, para que o monitoramento da glicose seja feito diariamente, elaborando assim um “mapa” com as medições para melhor nortear o médico no atendimento.	Atendimento mais eficiente do paciente insulino dependente e diminuição na taxa de hospitalização, e na procura dos serviços de saúde.

Essas simples medidas mostram uma pequena melhoria em curto prazo, em relação aos resultados clínicos, quando consideramos o paradigma do comportamento de saúde, juntamente com fatores sociais e econômicos, tais como

o acesso a alimentos saudáveis, programas de exercícios físicos, fatores psicológicos, envolvimento e apoio familiar e social, (PEREIRA, 2016), ou seja, a manutenção do controle metabólico satisfatório garante ao diabético uma redução no risco de complicações secundárias dessa doença.

Para que isso ocorra é necessário que esses pacientes tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, com profissionais qualificados, que garantam uma assistência contínua e integral, em diferentes níveis de complexidade, exigidos no manejo da doença e controle glicêmico (CORRÊA, et al., 201).

Em virtude das questões supracitadas, vemos que além de políticas para melhorar a interação entre profissionais de saúde e pacientes, é necessário a colaboração dos gestores públicos, a fim de proporcionar locais seguros para a prática de exercício, alimentos saudáveis a preços acessíveis (PEREIRA, 2016).

É importante para esses pacientes e suas famílias também, incluir a assistência psicológica, relacionada ao estresse, depressão e estratégias que os auxiliem no controle da doença, principalmente conscientiza-los sobre a valia do autocuidado no ganho da qualidade de vida e para evitar complicações secundária da *diabetes mellitus*.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho deixa explícito que a saúde da família é primordial à atenção no SUS, sendo considerada um estratagema para a organização e o fortalecimento da ABS, a partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica, que permite o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. ESF busca promover a qualidade de vida da população brasileira, intervindo nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco.

Neste cenário, as eSF desenvolvem papel de grande importância, devido o acolhimento dos pacientes e a pronta resolução de suas comorbidades, geralmente a equipe é formada por um médico generalista, enfermeira, ASCs, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta e outros profissionais da área administrativa e serviços gerais. Atendem consultas agendadas, demandas espontâneas, acompanham pré-natal, hipertensos, diabéticos, saúde mental, crianças, idosos, puérperas, usuários com tuberculose, hanseníase, entre outros casos clínicos.

A eSF também promove palestras e reuniões a fim de esclarecer a população sobre hábitos saudáveis de vida, cuidados básicos para melhor quadro de doenças e prevenção de acidentes domésticos passíveis de originar supostos danos que exijam atenção mais complexa por parte da equipe de saúde. Os atendimentos mais frequentes nos postos de saúde, destaca-se a incidência de pacientes diabéticos com glicemia descompensada.

O *Diabetes Mellitus* configura-se hoje uma epidemia mundial, trazendo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, um indicador relevante a ser considerado devido o crescimento desse número que impacta de forma negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva e onera a previdência social, contribuindo para um ciclo vicioso de exclusão social.

O diabetes oferece boas possibilidades de controle, porém, se não for bem controlado, acaba produzindo lesões potencialmente fatais, como. Por outro lado, quando bem monitorada, as complicações crônicas podem ser evitadas e o paciente diabético pode ter uma qualidade de vida normal.

Além do tratamento medicamentoso, é importante ressaltar que a prevenção e tratamento do diabetes mellitus tipo 2 está associado a mudanças no estilo de vida, principalmente relacionados à dieta e à prática de exercícios físicos

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Brasília, 2016. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>

Acesso em: 18/06/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Brasília, 2012.V.110.

COBAS, R. A., GOMES, M. B. Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. P. 69 – 75.

CORRÊA, K. Quality of life and characteristics of diabetic patients. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. V 22, p.921-930, 2017.

COTRAN, S. R.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. Pâncreas. In: **PATOLOGIA BÁSICA**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994. Cap. 17.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018. *Diabetes Mellitus*. São Paulo. Editora Clannad, 2017.

FACCHINI, L. A. Portal EPSJV/Fiocruz - EPSJV/Fiocruz, 2018.

Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br>

Acesso em: 18/06/2019.

FERNANDES, N. S. M. Alterações metabólicas no diabético. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 2013.

Disponível em: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4476/1/PPG\\_22125.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4476/1/PPG_22125.pdf)

Acesso em: 04/08/2019.

FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.

Disponível

em:

[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)

Acesso em 20/06/2019

GOLBERT, et al. US District Court for the Northern District of Illinois. 2018

LUCENA, J. B. S. *Diabetes Mellitus* tipo 1 e tipo 2. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas. São Paulo, 2007.

MACINKO, J., MENDONÇA, C. S. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. Rio de Janeiro, V. 42, N. 1, P. 18-37, 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>.

Acesso em: 18/06/2019

PEREIRA, M. DA G. Além das Intervenções de Estilo de Vida em Diabetes Tipo 2. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V 24. Braga/ Portugal. 2016.

NOMURA, R. M. Y; MAGANHA, C. A.; ZUGAIB, M. As repercussões do diabetes melito no feto alteram o seu prognostico a longo prazo. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** V. 4. N. 2. São Paulo, abr./jun. 2003.

RAPOSO, R.M. R. Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus em idosos: práticas de controle e auto cuidado na área de abrangência da equipe de saúde da família Baixa Quente no município de Minas Novas - Minas Gerais. Diamantina, 2016.

Disponível: em:  
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Hipertensao\\_arterial\\_diabetes\\_mellitus\\_idosos.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Hipertensao_arterial_diabetes_mellitus_idosos.pdf)

Acesso em: 18/06/2019

SARTORELLI DS, FRANCO LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad Saude Publica**; V 19(Supl. 1):29-36. 2003.

SELIGMAN, L. C.; DUNCAN, B. B.; BRANCHTEIN, L. Obesidade e ganho de peso gestacional: cesariana e complicações de parto. **Rev. Saúde Pública.**, V. 40, N. 3, P. 457-465. São Paulo, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 9. Ed. 2002.

SORATTO, J., PIRES, D. E. P., DORNELLES, S. LORENZETTI, J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. Florianópolis, 2015. V. 24. P. 584 – 592.