



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Morgana Fregulia Réos

# Atenção à saúde de pessoas com Diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família de Mampituba- RS

Florianópolis, Março de 2023



Morgana Fregulia Réos

Atenção à saúde de pessoas com Diabetes mellitus na Estratégia  
de Saúde da Família de Mampituba- RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Laura Cavalcanti de Farias Brehmer  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Morgana Fregulia Réos

Atenção à saúde de pessoas com Diabetes mellitus na Estratégia  
de Saúde da Família de Mampituba- RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Laura Cavalcanti de Farias Brehmer**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**INTRODUÇÃO:** O município de Mampituba, Rio Grande do Sul, possui uma única equipe de Estratégia de Saúde da Família, com uma população adscrita de aproximadamente 3000 pessoas. No cotidiano da Unidade Básica de Saúde as principais demandas, consideradas problemas para intervenção da equipe, pertencem ao âmbito da atenção à saúde das pessoas com Diabetes mellitus. Especificamente, os profissionais de saúde atendem inúmeras situações de falta de adesão ao tratamento do Diabetes e intercorrências agudas e crônicas desta doença. **OBJETIVO:** Promover atenção à saúde às pessoas com Diabetes mellitus para melhorar a adesão ao tratamento e controle desta condição crônica de saúde. **MÉTODO:** Este Plano de Intervenção será desenvolvido a partir de três estratégias chave: mapeamento da população alvo; Elaboração das agendas e atendimentos com a equipe multiprofissional para atendimentos; Promoção de espaços para o compartilhamento de informações sobre o Diabetes. **RESULTADOS ESPERADOS:** Pretende-se com a efetiva implementação deste Plano reorganizar conhecer as necessidades da população de pessoas com diabetes atendidas na Unidade e promover a diminuição das complicações agudas e crônicas a curto e médio prazo. Aumentar a oferta de atendimento interdisciplinar com agenda compartilhada e criação de material informativo de fácil entendimento favorecem a adesão ao tratamento e promovem melhor qualidade de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento medicamentoso, Atenção à Saúde, Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>23</b>



# 1 Introdução

O município de Mampituba – RS, possui uma única equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com uma unidade central e dois postos satélites. O município é de pequeno porte, cerca de 3000 habitantes, sua emancipação ocorreu no ano de 2005.

A agricultura é a atividade dominante no município. Seus principais produtos são banana, fumo, arroz e criação de gado <sup>1</sup>. A população possui características econômicas distintas, contudo, grande parte classifica-se com boas condições financeiras e uma pequena parcela das famílias são consideradas carentes, mas nenhuma abaixo da linha da pobreza. Cerca de 60% da população é composta de pessoas abaixo dos 40 anos. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 96,6%. No entanto, não há dados oficiais sobre a escolaridade da população adulta e idosa.<sup>2</sup>

A localidade tem uma riqueza de fauna e flora e um potencial turístico enorme, entretanto os cidadãos ainda possuem uma cultura do uso do agrotóxico, tornando difícil usufruir desse potencial e tornar o sistema sustentável. Em relação ao esgotamento sanitário cerca de 44,2% da população possuem o mesmo adequado<sup>2</sup>.

Apesar de pequeno e a maioria viver da agricultura, enfrenta-se uma epidemia com uso de drogas ilícitas e internações compulsórias por dependência química, sobretudo, em adolescentes e adultos jovens. Há também uma população considerável acometida por transtornos psiquiátricos e uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos. Além dessas questões, as dores osteomusculares, a obesidade e a baixa adesão a tratamentos são problemas comuns e diários na rotina de atendimento.

Dentre as queixas e os maiores problemas da comunidade, a adesão ao tratamento do diabetes e suas intercorrências, sem dúvida, é um problema relevante e passível de intervenção, pois apesar da além da repercussão sobre a saúde das pessoas também gera altos custos para o sistema de saúde.

As complicações do DM podem ser agudas como hipoglicemia ou hiperglicemia ou crônicas como pé diabético, amputações, doença renal crônica, retinopatia diabética (BRASIL, 2006). Estas complicações aumentam o número de encaminhamentos para serviços de alta complexidade, a necessidade de uso de mais medicações e seus ajustes. Também acarretam um desgaste emocional dos pacientes e familiares com seguidas vindas à unidade, aos hospitais e aos serviços especializados (COSTA et al., 2011).

Esse quadro pode ser justificado pela prevalência na população idosa, além da baixa escolaridade, a grande dificuldade de entendimento e, por conseguinte, a baixíssima adesão aos tratamentos propostos, sejam eles medicamentosos ou comportamentais de mudanças de hábitos e inserção de novas rotinas e cuidados.

Diante desse problema a equipe de saúde poderia intervir com a padronização e organização do que já há no serviço associado a um trabalho multidisciplinar com demais

profissionais, afim de que possamos alcançar melhores indicadores de adesão aos tratamentos podendo influenciar também nas demais comorbidades como hipertensão e obesidade. Quanto à possibilidade de realização do projeto, ele não necessita de grandes gastos, pois não há necessidade de contratação de novos funcionários, aquisição de equipamentos ou mesmo mudança nas rotinas do serviço. Intervir com um público alvo menor também facilita a realização e qualidade nas ações.

## 2 Objetivos

Objetivo geral :

Promover atenção à saúde à pessoas com diabetes mellitus para melhorar a adesão ao tratamento e controle do Diabetes meliitus (DM).

Objetivos específicos:

Realizar estratificação de risco com os usuários disgnosticados com DM e acompanhados pela equipe da ESF;

Elaborar uma agenda compartilhada, multiprofissional , de acompanhamento sistemáticos dos usuários com DM adscritos à equipe;

Criar espaços para o compartilhamento de informações sobre DM;



### 3 Revisão da Literatura

O diabetes mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL., 2006)

O DM é uma das quatro doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) identificadas como prioritárias para intervenção pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT. A população mundial com DM é estimada em 387 milhões e desses, cerca de 80% vivem em países de baixa e média renda, com crescente proporção de pessoas com DM em grupos etários mais jovens. A mortalidade pelo DM foi estimada em 1,5 milhão no ano de 2012 (MALTA et al., 2019).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se em 7,6% a prevalência de diabetes na população adulta. Dados mais recentes apontam para prevalências mais elevadas, como 15% em Ribeirão Preto (SP). Estudo recente realizado em seis capitais brasileiras, com servidores de universidades públicas na faixa etária de 35 a 74 anos, incluindo teste oral de tolerância à glicose, encontrou prevalência de 20%, em que aproximadamente metade dos casos não tinha diagnóstico prévio. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, estimou que 6,2% da população brasileira com 18 anos de idade ou mais referiu diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens, com maior taxa de diabetes (9,6%) nos indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (SBD, 2017).

A doença configura-se como uma epidemia mundial, ações de prevenção e tratamento representam um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (BRASIL., 2006). A transição demográfica com aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento da população, as alterações no estilo de vida, sobretudo o sedentarismo e as mudanças no padrão de alimentação, contribuem para o aumento do perfil de risco para doenças crônicas, como o diabetes mellitus (CORREA et al., 2017).

O Diabetes e suas complicações constituem as principais causas de mortalidade precoce na maioria dos países; aproximadamente 5 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram por diabetes em 2015, o equivalente a um óbito a cada 6 segundos. Doença cardiovascular é a principal causa de óbito entre as pessoas com diabetes, sendo responsável por aproximadamente metade dos óbitos por diabetes na maioria dos países. O diabetes é responsável por 14,5% da mortalidade mundial por todas as causas, e isso é maior do que a soma dos óbitos causados por doenças infecciosas (1,5 milhão por HIV/

AIDS, 1,5 milhão por tuberculose e 0,6 milhão por malária) (SBD, 2017).

O diabetes é classificado conforme a sua etiologia. Os tipos mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto. Outro tipo de diabetes encontrado com frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal. Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (BRASIL., 2006).

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. A prevalência de DM1 corresponde entre 5 a 10% de todos os casos de DM, mas está aumentando nos últimos anos. Acomete frequentemente crianças, adolescentes e, em alguns casos, em adultos jovens, afeta igualmente homens e mulheres. Subdivide-se em DM tipo 1A e DM tipo 1B, a depender da presença ou da ausência laboratorial de autoanticorpos circulantes, respectivamente. O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Trata-se de doença poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco. O desenvolvimento e a perpetuação da hiperglicemia ocorrem concomitantemente com hiperplacogonemia, resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento de lipólise e consequente aumento de ácidos graxos livres circulantes, aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pela célula pancreática. Ainda há o tipo denominado Diabetes mellitus gestacional (DMG). Na gestação a placenta produz hormônios hiperglicemiantes e enzimas placentárias que degradam a insulina, com consequente aumento compensatório na produção de insulina e na resistência à insulina, podendo evoluir com disfunção das células. O DMG trata-se de uma intolerância a carboidratos de gravidade variável, que se inicia durante a gestação atual, sem ter previamente preenchido os critérios diagnósticos de DM. O DMG traz riscos tanto para a mãe quanto para o feto e o neonato, sendo geralmente diagnosticado no segundo ou terceiro trimestres da gestação. Pode ser transitório ou persistir após o parto, caracterizando-se como importante fator de risco independente para desenvolvimento futuro de DM2. A prevalência varia de 1 a 14% a depender da população estudada e do critério diagnóstico adotado (SBD, 2019).

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes



---

o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Entretanto, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos e a suspeita clínica ocorre então a partir de fatores de risco para o diabetes (BRASIL., 2006)

Na grande maioria das vezes as pessoas não apresentam sintomas iniciais do DM, ou seja, são assintomáticos, desta forma o diagnóstico realizado por meio de exames laboratoriais pode ser tardio. Para o diagnóstico do diabetes são realizados exames como a glicemia de jejum, respeitando um jejum de, no mínimo, 8 horas e o teste oral de tolerância a glicose com 75 g de glicose dissolvida em água. O exame denominado de hemoglobina glicada (HbA1C) oferece vantagens por refletir níveis glicêmicos dos últimos 90 a 120 dias, sofrer menos variações diárias e independe do estado de jejum da pessoa. Este exame também pode ser utilizado para fins de diagnóstico, contudo, como é uma medida indireta da glicemia pode sofrer interferências de algumas situações com anemia, hemoglobinopatias e uremia deve ser cuidadosamente determinada por métodos padronizados e certificados. A confirmação do diagnóstico de diabetes mellitus requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia. Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória  $\geq 200$  mg/dL. Entre os valores alterados em cada tipo de exame temos os seguintes resultados: para glicemia de jejum valores menores que 100mg/dl são considerados normais, entre 100 mg/dl e 126mg/dl são considerados como glicemia de jejum alterada ou alto risco para diabetes e valores maiores ou iguais a 126 mg/dl diabetes; já para teste oral de tolerância a glicose com 75 g de glicose avalia-se uma amostra após 2 horas de sobrecarga de glicose e se valores menores que 140mg/dl são considerados normais, entre 140 mg/dl e 200 mg/dl são considerados intolerantes orais a glicose e valores maiores ou iguais que 200mg/dl diabetes; já para hemoglobina glicada considera-se normal valores menores que 5,7%, entre 5,7 e 6,5% risco aumentado de diabetes e quando valores maiores ou iguais a 6,5% diabetes (SBD, 2019).

O tratamento do diabetes mellitus é um tanto quanto complexo, pois não envolve somente medidas farmacológicas, mas, sobretudo, as medidas não farmacológicas, além da mudança de postura e hábitos, o que, sem dúvida, é um dos maiores desafios encontrados no tratamento a longo prazo. Além do mais, o plano terapêutico irá variar dependendo do tipo de diabetes que o portador apresentar. As metas do tratamento envolvem, além da redução de níveis glicêmicos e pressóricos, a adequação do peso e do perfil lipídico, mas essas devem ser flexibilizadas e avaliadas individualmente. Demonstrou-se que o controle metabólico muito rígido em diabetes mellitus tipo 2 com comorbidades importantes e alto risco cardiovascular podem aumentar a mortalidade e o número de episódios de

hipoglicemia grave (GUSSO et al., 2012).

A abordagem não farmacológica consiste a terapia de primeira escolha para quaisquer pessoa com diabetes, trata-se de uma combinação de um plano alimentar adequado com prática regular de atividade física. O tratamento medicamentoso, há variação conforme o tipo de diabetes . Resumidamente, no diabetes tipo 1 prescreve-se a insulinização plena, com múltiplas doses ao longo do dia , associando a insulina basal a bolus de insulina ultrarrápida ou rápida . Já. para o diabetes mellitus tipo 2, a maioria das pessoas, recebe o tratamento em diferentes estágios, é possível desde o uso de antidiabéticos orais isolados e ou combinados até uso associado de insulinas. Como as medicações orais possuem mecanismos de ação diferentes , a escolha vai depender de alguns fatores e particularidades de cada indivíduo como valores glicêmicos, peso, idade, presença de complicações ou comorbidades, assim como tolerância aos possíveis efeitos adversos de cada fármaco que possa ser utilizado (GUSSO et al., 2012).

As metas do tratamento envolvem, além da redução de níveis glicêmicos e pressóricos, a adequação do peso e do perfil lipídico, flexibilizadas e avaliadas individualmente (GUSSO et al., 2012). Para a monitorização dos níveis glicêmicos utiliza-se a hemoglobina glicada , as glicemias capilares diárias e o desvio padrão da média da glicemia . As metas estimadas que representam o controle da glicemia são revisadas periodicamente e instituições reconhecidas da área do Diabetes como a Associação Americana de Diabetes , a Federação Internacional de Diabetes e a Sociedade Brasileira de Diabetes são responsáveis pelos estudos e divulgação para a comunidade científica e população em geral destes parâmetros, embora, algumas vezes não sejam coincidentes. Segundo a recentes Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes- 2019 - 2020 as metas gerais para a hemoglobina glicada é cerca de 7% para adultos e que não sejam gestantes e entre 7,5% e 8,5% para pessoas com mais tempo de doença e sem controle adequado. Este último parâmetro representa menor expectativa de vida , múltiplas comorbidades, risco alto de hipoglicemia, além de complicações macrovasculares. Para as glicemias de jejum e pré-prandial recomendam que o valor seja menor de 100mgdL e para a glicemia pós prandial o recomendado é menor que 160mgdL, estes valores se aplicam para um grupo com controle mais agressivo. Para um grupo de controle mais flexível , a glicemia de jejum e pré prandial pode ser até 130mgdL e para a glicemia pós prandial admitisse o valor menor que 180mgdL (SBD, 2019).

Para um melhor controle do diabetes mellitus (DM) os profissionais de saúde enfrentam desafios relacionados a a falta de adesão ao tratamento . Portanto, estratégias de intervenções que promovam a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são essenciais na abordagem das pessoas com DM nos serviços de saúde. As dificuldades para a adesão incluem a acessibilidade e disponibilidade de medicamentos , fatores socio-demográficos da população, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo

---

de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (FARIA et al., 2014).

Estudos observaram que as taxas de adesão aos tratamentos farmacológicos são maiores, independentemente do nível de atenção à saúde em que a pessoa esteja em acompanhamento, quando comparadas às taxas de adesão ao tratamento não farmacológico que incluem mudanças nos hábitos alimentares e à prática de exercícios físicos. A baixa adesão quanto às mudanças de estilo de vida necessárias para o bom controle da doença crônica, como o DM, acarretam para aproximadamente 50% das pessoas consequências negativas (SOUZA et al., 2017)(COSTA et al., 2011).

A adoção de estilos de vida saudáveis com a adoção de práticas de atividades física e consumo de alimentação com qualidade é uma questão que perpassa o âmbito individual, conforme as histórias e experiências de vida dos sujeitos, mas, é, sobretudo, influenciada pelo social e os problemas de ordem econômica que interferem para o acesso à estas mudanças. Assim, as transformações começam pelas perspectivas pessoais e pela organização social com políticas de promoção à saúde (COSTA et al., 2011).

Todavia, tais mudanças sobre os hábitos de vida são complexas, desta forma, a educação em saúde é um pilar para o manejo e o controle do DM, sobretudo para a qualidade de vida das pessoas que convivem diariamente com esta condição crônica de saúde. Trata-se de uma educação em saúde significativa, que promova efetivamente a autonomia e o autocuidado. Deve proporcionar informações e conhecimentos contextualizados à realidade das pessoas para que cada uma faça suas próprias escolhas de modo consciente. A educação em saúde é uma potencial estratégia da equipe multidisciplinar nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica à Saúde no acompanhamento de pessoas com diabetes para corresponsabilização e a instrumentalização para os cuidados de acordo com singularidades e o protagonismo dos sujeitos (CORREA et al., 2017).



## 4 Metodologia

### **Público alvo**

Este Plano de Intervenção será desenvolvido com pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2, excluídos diabetes gestacional.

Os casos de diabetes do tipo gestacional são assistidos pela ginecologista da unidade ou ambulatório de pré-natal de alto risco, os quais estão cadastrados no Sistema ESUS no município de Mampituba e assistidos na Unidade Sanitária Central.

### **Ações previstas**

Para o alcance dos objetivos definidos estão previstas seguintes categorias de ações:

1. Mapeamento da população
  - a) Levantamento da população usuária da Unidade com diagnóstico de DM. Responsáveis: Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos em Enfermagem.
1. a) Consultas para a realização da estratificação de risco e planejamento inicial do acompanhamento longitudinal. Os usuários com diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2 há mais de um ano sem acompanhamento de saúde terão prioridade no planejamento das consultas. Responsáveis: Médico e enfermeiros.

1. Organização do acompanhamento longitudinal dos pacientes com diabetes mellitus.

2.1 Abordagens iniciais - Elaboração das agendas e atendimentos com a equipe multiprofissional para atendimentos.

Consulta médica - Avaliação e/ou encaminhamento para exames laboratoriais. Verificação do esquema de tratamento e aproximação com as realidades de cada paciente, buscando conhecer suas dificuldades e facilidades para a adesão ao tratamento.

Consulta Enfermagem: Orientações e educação em saúde sobre cuidados gerais com o diabetes, cuidado com os pés, administração de medicamentos, especialmente para os insulíndependentes, monitoramento com o uso do glicosímetro.

Consulta Nutricionista: Elaboração de um plano alimentar.

Esta ação visa formas de alcançar o melhor controle glicêmico, considerando a individualidade do paciente, sua realidade e comorbidades preexistentes.

2.2 Acompanhamentos sistemáticos – Inicialmente, prevê-se consultas mensais e após três consultas, atendimentos semestrais. Nestes atendimentos serão avaliados exames laboratoriais, risco cardiovascular e acompanhamento de comorbidades e/ou complicações, se houverem. A partir da segunda consulta será possível definir um plano com alvo terapêutico.

Ainda, pretende-se integrar a este Plano de Intervenção o profissional de educação física em momento oportuno para incentivar e promover a prática de atividade física orientada.

#### 1. Espaços para o compartilhamento de informações sobre DM

Ainda, para alcançar os objetivos do Plano de Intervenção será discutido e planejado nas reuniões da equipe de saúde da UBS a oferta de um grupo interdisciplinar sobre Diabetes mellitus para a educação em saúde. A responsabilidade pelos encontros do grupo poderá ser compartilhada entre diferentes profissionais para tratar de temas implicados no cuidado com o Diabetes.

Poderão ser elaborados ou divulgados nas salas de espera e consultórios da UBS materiais informativos como cartazes e folderes sobre o tema.

#### **Local**

Todas as atividades do Plano serão desenvolvidas no território de abrangência da UBS Mampituba e nas dependências física da Unidade.

#### **Período**

A previsão para início das ações é junho de 2020 e a duração é contínua, especialmente em relação ao acompanhamento. Apenas a etapa de mapeamento deve ter duração máxima de dois meses e novos usuários serão inseridos conforme necessidade.

## 5 Resultados Esperados

Pretende-se com a implementação deste Plano de Intervenção contribuir para reorganizar a atenção às pessoas com Diabetes mellitus na UBS Mampituba. Especificamente os resultados esperados são:

1. Conhecimento da população com Diabetes mellitus tipo 1 e 2 cadastradas na UBS com diagnóstico da situação em relação ao acompanhamento na Unidade;
2. Organização sistemática dos acompanhamentos das pessoas com DM;
3. Promoção de melhores níveis de adesão ao tratamento do DM;
4. Diminuição, a curto prazo, das complicações agudas do DM;
5. Diminuição, a médio e longo prazo, das complicações crônicas do DM;
6. Diversificar a oferta de atendimentos interdisciplinares;
7. Contribuir para a qualidade a atenção integral às pessoas com DM na Atenção Básica à Saúde.

Considera-se que são metas importantes e desafiadoras que necessitam da integração de todos os profissionais da equipe de saúde. Desta forma, serão promovidos melhores níveis de saúde na população.

Neste momento, da conclusão deste Plano, a realidade da UBS está voltada para a Pandemia da Covid-19, vivenciando inúmeros enfrentamentos, especialmente em relação ao desenvolvimento da primeira ação de mapeamento da população alvo. Contudo, mesmo que seja necessário aguardar um melhor cenário sanitário acredita-se nos potenciais resultados desta proposta.





# Referências

- BRASIL., M. da S. *Caderno de Atenção Básica - Diabetes Mellitus*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006. Citado 4 vezes nas páginas 9, 13, 14 e 15.
- CORREA, K. et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 921–930, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 17.
- COSTA, J. de A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, p. 2001–2009, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 17.
- FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da estratégia de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, p. 1–7, 2014. Citado na página 17.
- GUSSO, G. et al. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. São Paulo: ARTMED, 2012. Citado na página 16.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, pesquisa nacional de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, p. 1–13, 2019. Citado na página 13.
- SBD, S. B. de D. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- SBD, S. B. de D. *Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. São Paulo: Clannad, 2019. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 16.
- SOUZA, J. D. et al. Adesão ao cuidado em diabetes mellitus nos três níveis de atenção à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, p. 1–9, 2017. Citado na página 17.