

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LEONARDO DE MAGALHÃES MACHADO NOGUEIRA BAPTISTA**

**APLICAÇÃO DO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL  
RELACIONADO AO CONTROLE INADEQUADO NO TRATAMENTO  
DE DIABÉTICOS NA UBS TEREZINHA NICOLI EM ABAETÉ- MG**

**BOM DESPACHO / MG**

**2015**

**LEONARDO DE MAGALHÃES MACHADO NOGUEIRA BAPTISTA**

**APLICAÇÃO DO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL  
RELACIONADO AO CONTROLE INADEQUADO NO TRATAMENTO  
DE DIABÉTICOS NA UBS TEREZINHA NICOLI EM ABAETÉ- MG**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Janine Valéria Silva Tenório Faria

**BOM DESPACHO / MG**

**2015**

**LEONARDO DE MAGALHÃES MACHADO NOGUEIRA BAPTISTA**

**APLICAÇÃO DO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL  
RELACIONADO AO CONTROLE INADEQUADO NO TRATAMENTO  
DE DIABÉTICOS NA UBS TEREZINHA NICOLI EM ABAETÉ- MG**

Banca examinadora

Janine Valéria Silva Tenório Faria - Orientadora

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete –UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 03 de fevereiro de 2015

Dedico este trabalho a minha família e a equipe de saúde da UBS Terezinha Nicoli, fundamentais e indispensáveis em sua realização.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer ao meu colega Rafael Assis, que foi de grande auxílio no levantamento de dados, juntamente com o enfermeiro da UBS Terezinha Nicoli, Carlos.

Agradeço também ao professor Alcimar Couto pela orientação dada durante a primeira fase de desenvolvimento deste trabalho.

## RESUMO

A prevenção de doenças crônico-degenerativas é de grande importância para saúde pública, uma vez que constituem uma das principais causas de mortalidade no país. Dentre elas, podemos citar o Diabetes Mellitus, que apresenta-se como um dos grandes fatores de risco para o desenvolvimento de outros agravos, alguns fatais, como o infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico. Este trabalho realizou uma análise situacional do município de Abaeté – MG, especificamente na UBS Terezinha Nicoli, onde foi detectada uma baixa adesão ao tratamento ambulatorial do Diabetes Mellitus. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção com vistas ao maior controle e melhoria da adesão dos usuários com diabetes mellitus tipo 2 na área de abrangência da ESF Terezinha Nicoli de Abaeté/ MG. Foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: diabetes, prevenção, qualidade de vida. A partir daí, construiu-se um projeto de intervenção desenvolvido com ajuda da equipe de saúde da UBS, de forma a melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento. Além disso, outro enfoque dado foi o de diminuir a incidência de doenças secundárias devido ao controle irregular do diabetes mellitus, bem como melhorar a qualidade de vida da população, através de melhor instrução e maior humanização ao atendimento do paciente.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus. Prevenção. Qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

Chronic degenerative diseases prevention's is of great importance in public healthcare since they are one major cause of death in the country. Among them, Diabetes Mellitus presents itself as one major risk factor for developing other diseases, some even fatal, like acute myocardial infarction and stroke. This work made a situational analysis in Abaeté – MG, specifically on UBS Terezinha Nicoli, where it was conclude that rates of adherence to Diabetes Mellitus treatment were low. In that way, this study tried to elaborate an intervention plan to improve control and adherence for diabetes mellitus type 2 treatment in the area of ESF Terezinha Nicoli located in Abaeté/MG. A research was conducted on Biblioteca Virtual de Saúde with the following descriptors: chronic diseases, diabetes mellitus, prevention, life quality. With that in mind, an intervention project was design along with the UBS health unit, intending to improve adherence to treatment among those patients. In addition, another approach given was to reduce secondary diseases incidence's because of diabetes mellitus irregular control, as well as improve population healthcare through better instruction and treatment of the patient.

Key words: Chronic diseases. Diabetes mellitus. Prevention. Life quality.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	JUSFICATIVA.....	11
3	OBJETIVOS.....	13
4	METODOLOGIA.....	14
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	18
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Abaeté/Minas Gerais localiza-se a 220 km a noroeste de Belo Horizonte e é banhado por vários “braços” da represa de Três Marias. A população do município corresponde a 22.690 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) distribuídos em uma área total de 1817 km<sup>2</sup>, determinando uma densidade demográfica de 12,57 habitante por km<sup>2</sup>. A taxa de escolarização do município é considerada alta, com níveis de 91,28% da população, porém, ainda persistem muitos casos de analfabetismo funcional. A taxa de urbanização é de 86,85% e a porcentagem da população que possui abastecimento de água tratada é de 86,76%, sendo que deste total, 78,75% dos domicílios possui coleta de rede de esgoto por rede pública.

A porcentagem da população usuária da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) foi estimada em torno dos 78%. O Conselho Municipal de Saúde possui reuniões mensais para discutir as decisões referentes ao município. O sistema de referência e contra referência da cidade envolve os municípios de Sete Lagoas e Belo Horizonte. No total, são 249 profissionais da área de saúde que vão desde agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas e auxiliares de odontologia (PREFEITURA MUNICIPAL ABAETÉ, 2014)

Em Abaeté, a Estratégia Saúde da Família foi implantada no ano de 1998, inicialmente com três equipes, sendo uma delas a Unidade Básica de Saúde (UBS) Terezinha Nicoli. A implantação da ESF foi bem recebida por parcela da população, que pode usufruir melhor do acesso à saúde ofertada. No entanto, algumas dificuldades foram encontradas durante o processo. Uma parte dos usuários não utilizava a UBS como porta de entrada para o SUS, valendo-se de outras alternativas, como o pronto-atendimento municipal e hospital filantrópico da cidade, para acesso ao sistema. Havia irregularidades no acompanhamento e no cuidado longitudinal, uma vez que nem sempre o paciente recorria a sua unidade de saúde para ser referenciado dentro do SUS. Outra dificuldade da época era o trabalho em equipe, uma vez que os profissionais e a própria população ainda possuíam resistência nesse tipo de assistência pelo fato da figura do médico ser a

valorizada no antigo sistema de saúde. Após 6 anos, mais duas ESF foram montadas na cidade, aumentando as áreas de abrangência e melhorando a assistência a população. Por fim, no ano de 2013 surgiu a ESF Rural, que hoje atende a população que reside fora da zona urbana de Abaeté e que no momento não possui sede própria, dividindo com a UBS Terezinha Nicoli, o local de atendimento.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Terezinha Nicoli se localiza em área central da zona urbana de Abaeté e abrange um total de 1388 famílias, refletindo em aproximadamente 3822 pessoas adscritas a população da UBS. Nessa unidade se encontram duas equipes de saúde da família, uma urbana e a outra responsável pela zona rural. São comuns entre as duas equipes, os profissionais da saúde bucal e os serviços de vacinação.

A grande parte da população que comparece a UBS está à procura de consulta médica, sendo parte dela proveniente da demanda espontânea, que ocorre através da distribuição de fichas no início da semana. Dessa maneira, o agente (médico) atua atendendo essa população, orientando hábitos saudáveis e se necessário, intervindo de maneira mais eficaz.

O diagnóstico situacional elaborado como uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) mostrou que era grande o número de pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que não compareciam ao consultório para controle ambulatorial da doença.

Sendo assim, foram organizadas reuniões para discussão dos casos e de quais problemas poderiam ser identificados como mais graves. Ocorreram no total de três reuniões a partir da iniciativa do médico e do enfermeiro, nas quais a mobilização da equipe foi satisfatória. Entre alguns problemas levantados pode-se citar hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes mellitus, senilidade, dermatoses etc. Apesar de maior prevalência de outras morbidades, como a hipertensão arterial sistêmica, o enfoque da equipe foi direcionado para o diabetes mellitus por vários motivos. O primeiro devido à quantidade exorbitante de pacientes tabagistas na população adscrita, fazendo com que o risco cardiovascular desses pacientes seja maior. O segundo, por um número aumentado de pacientes com sequelas de diabetes mellitus descontrolado, como

amputações, doença renal crônica e retinopatia diabética. E por último pela experiência da equipe, principalmente do enfermeiro, que também possui diagnóstico de diabetes, com a doença.

Assim, diabetes mellitus se tornou o problema prioritário a ser trabalhado por todos os membros da equipe de saúde.

Este trabalho consiste em um projeto de intervenção junto aos portadores de diabetes mellitus proposto ao PSF Terezinha Nicoli, que se encontra no município de Abaete – MG.

## 2 JUSTIFICATIVA

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos médicos em serviços de saúde é a baixa taxa de adesão ao tratamento medicamentoso sugerido por eles aos pacientes (VILLAS BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014).

Na UBS Terezinha Nicoli, a situação não é diferente, com especial destaque para a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso para diabetes mellitus tipo 2. O perfil demográfico da população adscrita é bastante variável e por ser a segunda UBS da cidade, possui grande parte dessa população de pacientes idosos. Devido a essa característica, a prevalência de doenças crônico-degenerativas, como o diabetes mellitus tipo 2 é maior, o que demonstra ainda mais a necessidade de um plano intervencionista que consiga alterar a realidade dos pacientes acometidos.

Além disso, a população de baixa renda é considerável, com grande parte dela de aposentados que possuem como única fonte de renda a aposentadoria do Instituto Nacional do-Seguro Social (INSS). Atualmente existem 172 pacientes que possuem o diagnóstico mencionado, sendo que aproximadamente 40% compareceram ao ambulatório desde os inícios da atividade do PROVAB para controle/consulta eletiva. Desses, a grande maioria apresenta variações de glicemia capilar e de jejum fora dos limites terapêuticos. O mais preocupante, na verdade, consiste no fato de que aqueles que já iniciaram a insulino terapia são os que possuem níveis de glicemia mais alarmantes, com valores variando de 250-400 mg/dL.

A equipe de saúde composta pelo médico, enfermeiro e oito agentes comunitários resolveu criar um projeto de intervenção voltado especialmente para o controle do diabetes mellitus tipo 2, visto que apresentou-se como uma das doenças precariamente controladas na UBS e que possuía poucos pacientes adeptos aos grupos que já existiam e que são pouco atuantes. A equipe optou por uma abordagem pelo problema devido ao crescente número de diagnósticos realizados desde o início das atividades, além da prevalência aumentada de pacientes com sequelas de doenças cerebrovasculares em que percentual considerável era devido ao DM2.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção com vistas ao maior controle e melhoria da adesão dos usuários com diabetes mellitus tipo 2 na área de abrangência da ESF Terezinha Nicoli de Abaeté/ MG

## 4 METODOLOGIA

Para a realização do projeto de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O diagnóstico situacional realizado através da estimativa rápida constitui um modo de se obterem informações sobre determinados problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e com baixos gastos, o que demonstra sua importância na realização de um planejamento em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram realizadas reuniões com a equipe de saúde, em que se levantaram algumas hipóteses para explicar o motivo porque esses pacientes não aderem ao tratamento da doença. Dentre os “nós críticos” levantados, encontram-se: a falta de conhecimento dos pacientes, o que foi averiguado em alguns casos, em que o paciente utilizava dosagens erradas da medicação pelo fato de alguns deles serem analfabetos; a falta de orientação, pois muitos foram apenas orientados a tomarem a medicação e sequer foram esclarecidas possíveis dúvidas quanto à dieta e realização de exercícios. Foi aventado também o descaso de alguns pacientes, pois estes não se consideram “doentes”, já que o diabetes mellitus pode ser considerado uma doença silenciosa.

A partir desses “nós críticos” foram feitos levantamento de dados a respeito do número de pacientes com diagnóstico de diabetes, juntamente com prontuários e informações do SIAB/e-SUS.

Outro momento deste trabalho com o intuito de subsidiar a abordagem teórica, foi a revisão na literatura feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os seguintes descritores: diabetes, prevenção, qualidade de vida.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

O diabetes mellitus é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo com prevalência estimada no Brasil de 7,6% e estima-se que “no início do século XXI, 5,2% de todos os óbitos no mundo foram atribuídos ao diabetes, o que torna essa patologia a quinta principal causa de óbito” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009, p.10). “Uma epidemia de diabetes mellitus está em curso. Em 1985, estimava-se 30 milhões de adultos com DM no mundo, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030” (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009, p.2027)

O diabetes mellitus é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação e/ou secreção da insulina.

A classificação atual do DM é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos diabetes mellitus insulino dependente e diabetes mellitus insulino independente devem ser abandonadas. A Classificação atual inclui as seguintes categorias: Diabetes Mellitus tipo 1(DM1) Autoimune e Idiopático; Diabetes Mellitus tipo 2(DM2), Diabetes Mellitus Gestacional(DMG) e outros tipos específicos de Diabetes Mellitus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O DM1 representa de 5%-10% dos casos e é resultado da destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência completa ou quase total de insulina. O DM2 é a forma presente em 90%-95% dos casos e caracterizada por defeitos na ação e na secreção de insulina. Em geral ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. Diferentemente do DM1 não há marcadores específicos para o DM2. O DMG é qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação (não exclui a possibilidade da condição existir antes da gravidez e não ter sido diagnosticada).

Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM: glicemia de jejum  $\geq 126$ mg/dl (em caso de pequenas elevações da glicemia o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia); sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual acima de 200mg/dl.(compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do

dia, independentemente do horário das refeições); glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl (teste oral de tolerância a glicose). Na ausência de uma hiperglicemia inequívoca e de descompensação metabólica aguda, esses critérios devem ser confirmados pela repetição do teste em outra oportunidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

. A partir de 2009, aceitou-se a realização da hemoglobina glicada, ou glicohemoglobina (HbA1c), como teste diagnóstico segundo as recomendações atuais da American Diabetes Association (ADA) que são:

- Diabetes – HbA1c > 6,5% a ser confirmada em outra coleta. Dispensável em caso de sintomas ou glicemia > 200 mg/dl.
- Indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de diabetes – HbA1c entre 5,7% e 6,4%.

As complicações crônicas do DM afetam muitos sistemas orgânicos e são responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade associadas a essa doença. O risco dessas complicações aumenta como uma função da duração da hiperglicemia e habitualmente se tornam evidentes na segunda década de hiperglicemia. Além disso parece haver uma suscetibilidade genética para o surgimento de determinadas complicações, dentre as quais podemos citar: as microvasculares e as macrovasculares. As de maior destaque entre as microvasculares são a retinopatia diabética, que é a principal causa de cegueira entre 20 e 74 anos de idade nos EUA, resultante do edema macular clinicamente significativo, cuja terapia mais efetiva para prevenção da retinopatia é através do controle glicêmico intensivo e controle da pressão arterial; a nefropatia diabética principal causa de doença renal crônica nos EUA e uma das principais causas de morbidade e mortalidade relacionadas ao DM; e por fim a neuropatia diabética, que ocorre em 50% dos indivíduos com DM tipo 1 e tipo 2 de longa duração, podendo se manifestar como polineuropatia, mononeuropatia e neuropatia autônoma, sendo que a manifestação mais comum é a polineuropatia simétrica distal. Já entre as macrovasculares a de maior importância é certamente a doença cardiovascular (DVC) que aumenta de incidência nos indivíduos com DM tipo 1 ou tipo 2. O aumento na morbidade e mortalidade cardiovasculares parece relacionar-

se com o sinergismo entre hiperglicemia e outros fatores cardiovasculares. Os fatores de risco para doença macrovascular em diabéticos incluem dislipidemia, hipertensão, obesidade, atividade física reduzida e tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Quando o paciente com DM tipo 2 não responde ou deixa de fazê-lo adequadamente as medidas não-medicamentosas, devem ser indicados agentes antidiabéticos, com o objetivo de controlar a glicemia e promover a queda da hemoglobina glicada. Os agentes antidiabéticos devem ser indicados quando os valores glicêmicos encontrados em jejum e/ou pós-prandiais estiverem acima dos requeridos para o diagnóstico do DM. Devemos obter níveis glicêmicos tão próximos da normalidade quanto possível alcançar na prática clínica: jejum < 100mg/dl e pós-prandial < 140mg/dl. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda que a meta para hemoglobina glicada (HbA1c) seja inferior a 6,5%. A SBD mantém a recomendação de que os níveis de HbA1c sejam mantidos nos valores mais baixos possíveis, sem aumentar desnecessariamente o risco de hipoglicemias, principalmente em pacientes em insulino-terapia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O controle da diabetes evita complicações, muitas das vezes silenciosa, da doença, o que aumenta a sobrevida do paciente e diminui a morbi-mortalidade. Segundo dados do Sistema Único de Saúde, o diabetes é a sexta causa primária de internações no Brasil e “contribui em até 50% para outros fatores causais de internação, como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial.”

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme mencionado anteriormente, este plano se baseou no Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Assim a proposta de intervenção no UBS Terezinha Nicoli foi elaborada de acordo com os passos a seguir:

### ➤ Primeiro passo

O primeiro passo em planejamento de saúde consistiu do levantamento de problemas de um determinado território para, a partir dele, estabelecermos medidas para sua resolução.

Os problemas levantados estão listados abaixo:

1. Má adesão ao tratamento medicamentoso;
2. Política de renovação de receitas;
3. Solicitação de pedidos/transcrição de exames;
4. Falta de capacitação dos profissionais que atuam na UBS;
5. Recursos limitados na disponibilidade de exames;
6. Intervenções da prefeitura/secretária de saúde em condutas médicas;
7. Baixa escolaridade/nível socioeconômico da população que frequenta a UBS;
8. Pressão para atendimento de maior demanda;
9. Espaço inadequado para atendimento dos pacientes.

➤ **Segundo passo**

**Priorização de problemas**

Após a seleção dos problemas, foi selecionado aquele de maior impacto na população e de maior preocupação na equipe. Os critérios adotados para seleção foram a importância do problema na comunidade, o grau de urgência na sua resolução e a capacidade de enfrentamento do mesmo, como evidenciado no Quadro abaixo.

**QUADRO 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Terezinha Nicoli de Abaeté/MG, 2014.**

Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao tratamento.	Alta	10	Parcial	1
Uso abusivo de ansiolíticos e benzodiazepínicos.	Alta	8	Parcial	2
Política de renovação de receitas.	Alta	6	Fora/Parcial	3
Solicitação de pedidos/transcrição de exames.	Média	4	Total	4
Falta de capacitação dos profissionais da UBS.	Média	3	Parcial	5
Recursos limitados na disponibilidade de exames.	Média	3	Fora	6
Intervenções da secretaria/prefeitura municipal em condutas.	Baixa	2	Parcial	7

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Terezinha Nicoli.

\* Total de pontos distribuídos: 36 pontos

## ➤ **Terceiro passo**

### **Descrição do problema selecionado**

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos médicos em serviços de saúde é baixa taxa de adesão ao tratamento medicamentoso sugerido por eles aos pacientes (RUBIN, 2005).

No município de Abaeté, a situação não é diferente, com especial destaque para a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para diabetes mellitus tipo 2.

Atualmente existem 157 pacientes que possuem o diagnóstico mencionado, sendo que aproximadamente 20% compareceram ao ambulatório desde os inícios da atividade do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) para controle/consulta eletiva. Desses, a grande maioria apresenta variações de glicemia capilar e de jejum fora dos limites terapêuticos. O mais preocupante, na verdade, consiste no fato de que aqueles que já iniciaram a insulino terapia são os que possuem níveis de glicemia mais alarmantes, com valores variando de 250-400 mg/dL. (Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Terezinha Nicoli, 2014).

## ➤ **Quarto passo**

### **Explicação do problema**

Conversando com a equipe de saúde, levantaram-se algumas hipóteses para explicar o motivo porque esses pacientes não aderem ao tratamento da doença.

Uma delas foi a falta de conhecimento dos pacientes, o que foi averiguado em alguns casos, em que o paciente utilizava dosagens erradas da medicação pelo fato de alguns deles serem analfabetos. Outra hipótese foi a falta de orientação, pois muitos foram apenas orientados a tomarem a medicação e sequer foram esclarecidas possíveis dúvidas quanto à dieta e

realização de exercícios. Foi levantado também o descaso de alguns pacientes, pois estes não se consideram “doentes”, já que o diabetes mellitus pode ser considerado uma doença silenciosa.

Pensando nessas hipóteses foi levantada a possibilidade de se realizar palestras ministradas pelo médico e enfermeiro com orientações sobre a doença, dicas de alimentação, e principalmente com noções de cuidado do paciente diabético (SILVA, 2006). Porém, para que essa medida consiga atingir boa parte dos pacientes, eles devem ser selecionados e encaminhados para consulta médica e avaliação. Isso entra em conflito com outros problemas na UBS: a cobrança para atendimento de maior demanda de pacientes pelos gestores e a política de renovação de receitas (Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Terezinha Nicoli, 2014). Cada vez mais esse empecilho vem sendo resolvido na unidade, com boa aceitação inclusive por parte dos pacientes. No entanto, a política de renovação de receitas ainda é rotina enraizada na cultura da população, com muita recusa por parte dos pacientes, caso a receita não seja renovada.

A medida encontrada para amenizar esse problema foi a equipe de saúde agendar consultas para esses pacientes e solicitar às agentes de saúde que os informassem o dia e horário da mesma. Dos pacientes já atendidos até o momento, a meta de controle estrito do diabetes pôde ser parcialmente alcançada. A dificuldade no momento é convencer os pacientes e alguns funcionários da necessidade de acompanhá-los semanalmente, pelo menos no início, para que o controle do diabetes seja alcançado.

### ➤ **Quinto passo**

#### **Seleção dos “nós críticos”**

Os “nós críticos” considerados do problema priorizado pela equipe foram:

- Baixa escolaridade e analfabetismo;
- Baixo poder aquisitivo para compra de medicamentos de uso facilitado;

- Falta de orientação;
- Pouco conhecimento sobre a doença;
- Número limitado de consultas, dificuldades para agendar retornos;
- Grupo de Diabetes existente, porém pouco atuante.

➤ **Sexto passo**

**QUADRO 2 - Desenho das Operações**

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
Número limitado de consultas	Grupo DM	Organização do processo de trabalho da equipe, buscando a implantação da linha de cuidado ao diabetes.	Programa dentro da UBS, capacitação da população	Definição do número de consultas a partir do grau de risco de cada paciente, levantamento de exames complementares necessários, necessidade de avaliação com especialistas
Grupo de diabetes existente e pouco atuante	Grupo DM	Melhorar o acompanhamento ambulatorial do diabetes	Programa dentro da UBS, capacitação da população	Recursos financeiros (data show para palestras, computadores) Espaço físico para palestras, discussões
Pouca orientação/ conhecimento da população sobre a doença	Mais Educação, Menos Complicações do Diabetes	Conscientizar a população dos malefícios causados pelo não controle da doença	Campanha educativa, com palestras e discussões.	Recursos financeiros, organizacionais, políticos.

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Terezinha Nicoli.

## ➤ **Sétimo passo**

### **Identificação dos recursos críticos**

(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

- Projeto “Grupo DM”

- Financeiros => para aquisição/empréstimo de materiais audiovisuais.
- Políticos => disponibilização de espaço público fora do horário de trabalho para realização das atividades educativas.
- Organizacional => Mobilização da equipe de saúde para abranger a maior parcela da população alvo do programa.

- Projeto “Mais Educação, Menos Diabetes”

- Financeiro => aquisição de materiais de divulgação e panfletagem.
- Político => apoio para divulgação e conscientização da população.

## ➤ **Oitavo passo**

### **Análise da viabilidade do plano**

- Projeto “Grupo DM”

- Financeiro – Ator: Secretária de Saúde de Abaeté (favorável)
- Político – Ator: Secretária de Saúde de Abaeté (favorável)
- Organizacional – Ator: Equipe de Saúde do PSF Terezinha Nicoli (favorável)

- Ações estratégicas: Apresentar o projeto e apoio da população

- Projeto “Mais Educação, menos Diabetes”

- Financeiro – Ator: Secretária de Saúde de Abaeté (favorável)

- Político – Ator: População adscrita (favorável)
- Ações Estratégicas: Apresentar o projeto e apoio da população

**QUADRO 3 - Análise da viabilidade das operações estabelecidas**

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Grupo DM	<p><b>Organizacionais:</b> Mobilização da equipe de saúde para abranger a maior parcela da população alvo do programa.</p> <p><b>Políticos:</b> disponibilização de espaços públicos para realização das atividades</p> <p><b>Financeiros:</b> aquisição/ empréstimos de materiais</p>	Secretária de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto e apoio da população
Mais Educação, Menos Diabetes	<p><b>Organizacionais:</b> Mobilização da equipe de saúde para abranger a maior parcela da população alvo do programa.</p> <p><b>Políticos:</b> apoio para divulgação e conscientização da população.</p> <p><b>Financeiros:</b> aquisição de materiais de divulgação e panfletagem.</p>	Secretária de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto e apoio da população

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Terezinha Nicoli.

➤ **Nono passo**

**Plano operativo**

- Projeto “Grupo DM” – Responsáveis: Leonardo e Carlos – apresentar o projeto e iniciar as atividades em até 2 meses
- Projeto “Mais Educação, Menos Diabetes” – Responsáveis: Leonardo, Carlos e Lorena – apresentar o projeto para equipe e iniciar as atividades em 1 mês.

**QUADRO 4 – Plano Operativo**

<b>Operação</b>	<b>Resultado</b>	<b>Produto</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
Grupo DM	Organização do processo de trabalho da equipe, buscando a implantação da linha de cuidado ao diabetes; Melhorar o acompanhamento ambulatorial do diabetes.	Programa dentro da UBS, capacitação da população	Leonardo e Carlos	Iniciar atividades em 2 meses
Mais Educação, menos Diabetes	Melhorar o acompanhamento ambulatorial do diabetes; Conscientizar a população dos malefícios causados pelo não controle da doença.	Programa dentro da UBS, capacitação da população	Leonardo, Carlos e Lorena	Iniciar atividades em 2 meses

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Terezinha Nicoli.

➤ **Décimo passo**

**QUADRO 5 – Gestão do Plano**

<b>Operações</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo inicial</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Grupo DM	Programa dentro da UBS, capacitação da população	Leonardo e Carlos	2 meses	Implementado		
Mais Educação, menos Diabetes	Programa dentro da UBS, capacitação da população	Leonardo e Carlos	2 meses	Não Implementado	Devido aos início de um novo grupo para cessação de tabagismo	Em até 6 meses

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Terezinha Nicoli.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho possibilitou um maior aprendizado da equipe de saúde sobre sua população, bem como uma auto avaliação acerca das dificuldades que a própria equipe encontrou para desenvolver o trabalho e o projeto de intervenção. Percebeu-se que a população encontra-se despreparada e com pouco conhecimento sobre o assunto, bem como alguns profissionais da equipe, tornando necessária uma capacitação, inicialmente, dos profissionais de saúde.

Durante esse processo de aprendizagem, a equipe de saúde encontrou algumas dificuldades, como o descaso de alguns pacientes, que abandonaram o grupo de diabetes e a restrição de verbas para solicitação de dosagens de glicemia de jejum e hemoglobina glicada para o correto acompanhamento dos pacientes. No entanto, os gestores municipais sempre apoiaram o desenvolvimento do projeto de intervenção e pretendem manter as políticas instituídas para melhoria do sistema de saúde local.

O projeto de intervenção prevê a melhoria da abordagem dada ao Diabetes Mellitus, bem como de outras doenças, na unidade de saúde. Através dele, espera-se que haja um estímulo da população, bem como dos profissionais para o desenvolvimento de novas estratégias de promoção/prevenção em saúde, que possa ser também desenvolvido em outras unidades do município e outros grupos de doenças.

Acredita-se que com a implantação do projeto e com devida adesão dos pacientes, a incidência de agravos secundários ao DM2 (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica) possa reduzir, bem como a qualidade de vida da população adscrita possa melhorar com práticas mais saudáveis no seu cotidiano.

## REFERÊNCIAS

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. (Ed.). **Cecil Medicina**-Tratado de Medicina Interna. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 dez. de 2014.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

RUBIN, Richard R. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. **The American Journal of Medicine**. Tucson, Arizona, v. 118, issue 5, p. 27-34, may 2005. Disponível em: <[http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(05\)00286-X/fulltext](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(05)00286-X/fulltext)>. Acesso em: 27 dez. 2014.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da et al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.59, n.3, p. 297-302, maio/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a09v59n3.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

VILLAS BOAS -, Lilian Cristiane Gomes et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.2, p. 272-279, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

VILLAS BOAS Lilian Cristiane Gomes; FOSS-FREITAS, Maria Cristina; PACE, Ana Emilia. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.67, n.2, p. 268-273, mar./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0268.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014