

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

SUSANA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS EM CURAÇA, BAHIA**

São Luís
2017

SUSANA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS EM CURAÇÁ, BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Floriacy Stabnow Santos

São Luís
2017

Martínez, Susana Rodríguez

Estratégias para melhorar o atendimento dos pacientes com diabetes mellitus em Curaçá, Bahia/Susana Rodriguez Martinez. – São Luís, 2017.

23 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2017.

1. Diabetes Mellitus. 2. Assistência à Saúde. 3. Saúde da Família. I. Título.

CDU 616.379-008.64

SUSANA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS EM CURAÇÁ, BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica de Saúde

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Floriacy Stabnow Santos
Doutora em Ciências
Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

O aumento da esperança de vida da população, a industrialização, a urbanização e a adoção de estilos de vida errados como a dieta inadequada, o sedentarismo, o alcoolismo, e o stress são os fatores responsáveis por um aumento da morbimortalidade por Diabetes Mellitus no mundo. Este projeto tem como objetivo aumentar a qualidade da atenção médica dos pacientes diabéticos na Estratégia de Saúde Família, Pedra Branca do município de Curaçá. Em primeiro lugar, serão identificadas as pessoas com mais de 40 anos e que apresentem fatores de riscos de desenvolver a doença, em segundo lugar fazer o diagnóstico dos possíveis portadores da doença e posteriormente realizar um rastreamento correto e personalizado tanto de sua doença, como de suas possíveis complicações. Os Agentes Comunitários de Saúde farão uma busca ativa entre as pessoas maiores de 40 anos residentes na área de atenção que apresentem fatores de risco para a Diabetes Mellitus. Depois será feito o diagnóstico da doença, pelo médico e da enfermeira, por meio de exames de laboratório, e posteriormente esses pacientes serão acompanhados pela equipe de saúde. Espera-se identificar, diagnosticar e cadastrar a totalidade da população maior de 40 anos que apresentam fatores de risco associados a Diabetes Mellitus podendo contribuir para que processos de gestão da clínica desses pacientes aconteçam com a equipe de saúde, diminuindo a morbimortalidade por Diabetes Mellitus.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Assistência à Saúde. Saúde da Família

ABSTRACT

The increase of the hope of life of the population, the industrialisation, the urbanisation and the adoption of wrong lifestyles like the unsuitable diet, the sedentarism, the alcoholism, and the stress are the responsible maxima of an increase of the morbimortalidad of Diabetes Mellitus in the World. This project has like aim improve the attention of the patients with Diabetes Mellitus of the municipality Curaçá of the been Bay. In the first place by means of the identification of people with more than 40 years and that present factors of risks to contract said illness, second do the diagnostic of the possible bearers of the so much illness and later make a correct follow-up and customised of his illness, as of his possible complications. For the investigation made a pesquisa active, by the Community Agents of Health, of all the Greater people of 40 resident years that present factors of risk to contract the Diabetes Mellitus, afterwards made the diagnostic of the illness, by the doctor and the nurse, by means of examinations of laboratory, and later began a suitable follow-up and customised of each patient. In this work will achieve to identify to the whole of the greater population of 40 years, of them those that present factors of risk associated to the Diabetes Mellitus and diagnose and register all the patients with diabetes greater of 40 years of age.

Keywords: Diabetes Mellitus. Health Care. Family Health

SUMÁRIO

| | p. |
|--|-----------|
| 1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO..... | 06 |
| 1.1 Título..... | 06 |
| 1.2 Equipe Executora..... | 06 |
| 1.3 Parcerias Institucionais..... | 06 |
| 2 INTRODUÇÃO..... | 06 |
| 3 JUSTIFICATIVA..... | 10 |
| 4 OBJETIVOS..... | 11 |
| 4.1 Geral..... | 11 |
| 4.2 Específicos..... | 11 |
| 5 METAS..... | 12 |
| 6 METODOLOGIA | 12 |
| 7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES..... | 16 |
| 8 IMPACTOS ESPERADOS..... | 16 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 17 |
| REFERÊNCIAS..... | 18 |

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Estratégias para melhorar o atendimento dos pacientes com diabetes mellitus em Curaçá, Bahia.

1.2 Equipe Executora

- Susana Rodríguez Martínez.
- Floriacy Stabnow Santos

1.3 Parcerias Institucionais

Secretaria de Saúde de Curaçá.

2 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) caracteriza-se por distúrbios metabólicos, destacando-se a hiperglicemia. O DM tipo 1 ocorre principalmente em crianças e adolescentes havendo a necessidade do uso de insulina exógena. O DM tipo 2 (DM2) resulta de defeitos na secreção e ação da insulina e apresenta, entre os fatores de risco, a obesidade, idade avançada, história familiar de diabetes e história de diabetes gestacional. O aumento do número de pessoas portadoras de DM é considerado problema de saúde pública. Como exemplo deste crescimento epidêmico, em 1985 a estimativa foi de 30 milhões de pessoas portadoras de DM no mundo, número que aumentou para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002. Desses indivíduos, cerca de dois terços vivem em países em desenvolvimento, onde há o crescimento, especialmente, em grupos etários mais jovens (WAZLAWIK, 2014).

A estimativa da prevalência de diabetes mellitus no ano de 2010, foi de 285 milhões de pessoas, representando 6,4% da população adulta e, a previsão é que até 2030, o número de pessoas diabéticas atinja 438 milhões da população mundial,

sendo necessárias iniciativas em âmbito global para diminuir o número de portadores de diabetes, bem como o de indivíduos acometidos severamente por suas complicações (WAZLAWIK, 2014).

A DM faz parte de um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante da alteração da ação ou da excreção da insulina pelo pâncreas de forma parcial ou total, que irão classificar os tipos de diabetes, de acordo com a sua etiologia, em: DM 1, DM 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos. Também há duas categorias classificadas como pré-diabetes: a glicemia de jejum alterada e a intolerância à glicose. As complicações relacionadas à DM podem ser agudas, como a hipoglicemia e a hiperglicemia; e crônicas, como alterações microvasculares, macro vasculares e neuropáticas o que gera impacto direto na qualidade de vida da pessoa com diabetes. O tratamento é voltado para a manutenção das taxas glicêmicas o mais próximo dos padrões de normalidade estabelecidos, por meio da associação de medicamentos orais e/ou insulinas, auto monitoramento glicêmico, adequação da alimentação e atividades físicas regulares. Podem variar conforme o caso clínico, mas caracterizam o enfoque dado pelos profissionais de saúde na formulação do plano terapêutico (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012; OLIVEIRA, 2014).

O DM é considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem, acometendo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento biológico e socioeconômico. Muitos indivíduos com DM são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas. Outros permanecem no trabalho, porém com alguma limitação no seu desempenho profissional. Essa perda de produtividade tem um custo social muito elevado, chegando a equivaler ou superar os custos diretos com a saúde (BARROS, 2014).

Definido como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e, ou ação da insulina, o DM permanecer assintomático por longo período de tempo, esta doença é vista como aquela que exige cuidados, mas também que proíbe a ingestão de alimentos que fizeram parte da dieta alimentar de toda uma vida. Esta impõe ainda limitações às atividades da vida diária, susceptibilidade para infecções, interferência no trabalho, dentre outras (STUHLER, 2012; BRASIL, 2013).

O impacto epidemiológico que produz é expresso nas crescentes taxas de morbimortalidade e nas conseqüentes sequelas. É frequente o comprometimento de órgãos e sistemas, especialmente coração, olhos, rins e sistema nervoso, podendo interferir na funcionalidade física, psicológica e social do indivíduo. Tais complicações podem levar às amputações de membros, sendo que estas estão associadas com significantes custos, podendo ter repercussões a longo tempo, tais como reulceração, perda da mobilidade e diminuição da qualidade de vida (ALBORGUETTI, 2012).

O Diabetes Mellitus representa, na atualidade, um dos principais problemas de saúde pública, principalmente pelo aumento de sua incidência e prevalência mundialmente. Por se tratar de uma doença progressiva e de difícil controle, os indivíduos acometidos tendem a agravar seu estado de saúde (MINAS GERAIS, 2013).

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis tem aumentado no mundo todo e no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde a prevalência de diabetes apresenta um crescimento contínuo, com 5,5% em 2006 e 6,9% em 2013, com elevação conforme a idade, atingindo mais de 20% das pessoas acima de 65 anos. A Federação Internacional de Diabetes (IDF) estima prevalência de diabetes em 6,5% da população de vinte a 79 anos (BAADE, 2013).

No atendimento diário, percebe-se a singularidade da adaptação dos usuários após o diagnóstico de diabetes, pelo contexto adverso e controlador da mudança em sua vida, com cuidados relacionados à patologia, contato com serviços de saúde, variabilidade da doença e mudança da necessidade de cuidado ao longo do tempo. É inegável que os avanços científicos levaram à melhoria do manejo da DM ao longo dos anos, desde a descoberta da insulina, com avanços tecnológicos em relação a dispositivos de aplicação, monitoramento e tempo de ação dos medicamentos, contribuindo, inclusive, para o aumento da expectativa de vida dos diabéticos (BAADE, 2016).

O aumento da prevalência de doenças crônicas decorre do processo de envelhecimento populacional e da persistência de fatores de risco para estes agravos relacionados ao estilo de vida. Nesse contexto, destaca-se o diabetes mellitus como epidemia mundial cujo controle traduz-se em grande desafio para os profissionais de saúde (GOLÇALVES, 2013).

Para que haja um controle do diabetes mellitus são necessárias medidas que envolvam mudança no estilo de vida do indivíduo. O manejo desta doença deve ser realizado prioritariamente no nível primário de atenção, inclusive como ação programática na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Cabe ao atendimento primário a detecção e o diagnóstico precoce, o acompanhamento multiprofissional de casos não complicados de diabetes e familiares, assim como a dispensação de medicamentos (GOLÇALVES, 2013; SILVEIRA, 2014).

O diabetes mellitus constitui um desafio para portadores, sua família e profissionais de saúde para a obtenção de um bom controle glicêmico e metabólico, a fim de minimizar complicações em curto e longo prazo. Mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso são essenciais para prevenção das complicações agudas e crônicas. O profissional deve negociar prioridades, monitorar a adesão, motivar a participação e reforçar o esforço do paciente no manejo do autocuidado (FARIA, 2013).

Mesmo quando há mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso, manter o controle metabólico por longo tempo é difícil porque depende de uma variedade de componentes complexos que envolvem o tratamento do diabetes. A não adesão ao tratamento do diabetes mellitus é um problema conhecido no cenário nacional e internacional, pois prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente, aumenta o custo direto e indireto do tratamento (FARIA, 2013).

O exercício físico é uma ferramenta terapêutica importante na prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas não transmissíveis. Desde o século XVIII, o exercício físico vem sendo preconizado como uma atividade benéfica no tratamento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) devido ao aumento na utilização periférica da glicose, que persiste por 12 horas ou mais, após do exercício (CEFALU, 2015).

Há evidências de que exercícios físicos melhoram o controle glicêmico, contribuem para a perda de peso e aprimoram a qualidade de vida. Também contribuem para a melhora do perfil lipídico, aumento do HDL-colesterol e redução dos níveis de triglicérides e, conseqüentemente, dos fatores de risco cardiovasculares, o que tem impacto sobre a morbidade em pessoas com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e DM2 (CEFALU, 2015; GONELA, 2016).

3 JUSTIFICATIVA

Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Pode-se entender a gênese do problema que precisa ser enfrentado a partir da identificação das suas causas.

O fato de existir um grande número de diabéticos sem controle pode ser justificado por vários fatores, muitos deles interligados. Os pacientes diabéticos podem ter sido mau controlados primeiramente ao não ser identificados, não ter sido diagnosticados adequadamente e portanto não ter sido cadastrados. Sendo assim, esses pacientes não tiveram contato com o serviço de saúde, não foram examinados, não fizeram tratamento corretamente, não foram submetidos a exames de rastreamento. A dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos leva à perda da continuidade do acompanhamento. Outra causa seria a falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física.

Uma equipe da ESF tem sob sua competência uma população estimada de 4.000 pessoas; considerando os dados do Censo 2000 do IBGE que apontam que 27% da população brasileira são de adultos com 40 anos ou mais de idade, podemos estimar o número de pessoas com diabetes na comunidade (IBGE, 2017).

A Portaria nº 493 de 13 de março de 2006 do Ministério da Saúde considera 11% a prevalência de diabetes na população acima de 40 anos. A partir desses dados, cerca de 120 portadores de diabetes poderiam ser encontrados na população adstrita (BRASIL, 2017).

É claro que nem todo este contingente de pessoas com diabetes estarão utilizando a equipe do ESF como sua fonte habitual de cuidado médico. A proporção de utilização do PSF como fonte habitual de cuidado é variável entre as equipes, dependendo do perfil socioeconômico e cultural da população, e deve ser levado em conta por cada uma das equipes ao realizarem seu planejamento, sendo importante, no entanto, ter esse número como meta ideal da cobertura que deve ser identificada.

O município Curaçá apresenta uma cifra de 637 pacientes diabéticos cadastrados, dos quais 48 ficam na USF de Pedra Branca, quantidades

consideradas baixas, tanto no município como na equipe em questão. A equipe atende uma população de 2645 pessoas das quais 714 têm mais de 40 anos, apenas 48 é diabético cadastrado o que representa um 6.72%, dado abaixo do estimado.

Assim, constitui o problema deste projeto a questão: Baixa prevalência de pacientes diabéticos cadastrados, o que leva a uma deficiência no cuidado dos possíveis portadores de DM na área de abrangência.

A atual situação de desconhecimento real do problema, o número de pacientes diabéticos por ESF, o número de pacientes sem tratamento ou acompanhamento e as condições clínicas dos mesmos estabelecem um cenário para a execução desta proposta, já que pode fornecer informações importantes para a prática e planejamento das equipes de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Criar estratégia para melhorar o atendimento dos pacientes com Diabetes Mellitus pertencente à USF de Pedra Branca, município Curaçá.

4.2 Específicos

- Identificar todos os pacientes portadores de Diabetes Mellitus maiores de 40 anos pertencentes à USF de Pedra Branca, no município Curaçá.
- Identificar os pacientes com fatores de risco associados a Diabetes Mellitus maiores de 40 anos.
- Diagnosticar e cadastrar todos os pacientes portadores de Diabetes Mellitus maiores de 40 anos.

5 METAS

As metas propostas para este plano de ação são as seguintes:

- Pesquisar aos 100% da população maior de 40 anos pertencente a área de Pedra Branca que apresentem fatores de riscos para desenvolver Diabetes Mellitus.
- Diagnosticar e cadastrar aos 100% dos pacientes maiores de 40 anos que apresentam Diabetes Mellitus.
- Elevar o índice de prevalência de Diabetes Mellitus na unidade de saúde familiar Pedra Branca até aproximadamente 25%, índice muito similar às estatísticas nacionais.

6 METODOLOGIA

Este projeto será desenvolvido na área de abrangência da ESF de Pedra Branca, município de Curaçá, a qual se encontra situada na própria sede. No período compreendido entre Agosto de 2017 e Julho de 2018. A UBS abrange uma população de 2645 pessoas.

A equipe é formada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar geral, um motorista e 4 agentes comunitários.

Este projeto será direcionado a equipe de saúde e aos usuários maiores de 40 anos da ESF Pedra Branca, município Curaçá.

Esta seleção deve atender os seguintes critérios de inclusão: Adulto maior de 40 anos que more na área de atenção da ESF Pedra Branca e que dê o concorde em sua participação no projeto. Serão excluídos os pacientes que mudarem de área no momento da realização do projeto.

O presente trabalho foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica, que sustentou posterior elaboração do Plano de Ação para o local de saúde de Pedra Branca do município Curaçá, cujo problema a ser enfrentado é a baixa prevalência

de pacientes diabéticos cadastrados, o que leva a uma deficiência no cuidado dos possíveis portadores de DM na área de abrangência.

Para elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS, inscritos na ESF do Pedra Branca, foram descritos oito momentos:

O primeiro momento a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, a metodologia e os resultados esperados. Deve-se organizar com a coordenação da unidade de saúde uma pauta para tratar da programação de atividades com os pacientes diabéticos. Com aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e responsáveis.

Os participantes serão os integrantes da ESF Pedra Branca e será realizado no dia 7 de Agosto de 2017 na reunião de produção. O responsável é o médico investigador.

O segundo momento será aquele em que a equipe de saúde organizará os materiais e fará o levantamento dos recursos necessários para plena execução do projeto. Neste momento, será solicitada à gestão regional a disponibilização de materiais de apoio. Após ter todos os materiais disponíveis, sugere-se que a equipe tenha um momento coletivo (reunião de equipe) para discussão dos instrumentos para implementação das atividades. Neste espaço, dúvidas devem ser compartilhadas, pactos entre a equipe devem ser selados, a fim de que execução da atividade possa ser facilitada.

Os participantes serão os integrantes da ESF Pedra Branca e um representante da secretária de saúde do município, será realizado no dia 21 de Agosto de 2017. Depois será realizada uma reunião para discussão dos instrumentos para implementação das atividades no dia 29 de Agosto de 2017. O responsável é o médico investigador.

O terceiro momento é composto pela identificação de pacientes elegíveis, (Pacientes maiores de 40 anos que apresentem fatores de riscos de desenvolver Diabetes Mellitus, obesidade, sedentarismo, etc.) através de busca ativa, prontuários e campanhas de pesquisa nas comunidades.

Os participantes fundamentais serão os agentes comunitários de saúde, com supervisão da enfermeira e técnicos de enfermagem. Esta etapa será realizada no mês de Setembro de 2017. O responsável é o médico.

O quarto momento será para realizar o diagnóstico de Diabetes Mellitus mediante a utilização de provas de laboratório. Serão indicados exames de laboratório a todos aqueles pacientes que apresentem fatores de riscos de desenvolver de Diabetes Mellitus.

Há várias maneiras de confirmar o diagnóstico de pré-diabetes e diabetes. Os exames mais usados pelos profissionais de saúde são:

1: Exame de glicemia em jejum (FPG): Devido à facilidade de utilização do método, à boa aceitação por parte dos pacientes e ao baixo custo, este exame é o mais usado para diagnosticar o diabetes. Neste caso, é necessário jejum de no mínimo 8 horas.

a) Glicemia entre 100 mg/dl e 125 mg/dl, confirma o pré-diabetes. Isso significa que o indivíduo está mais propenso a desenvolver o diabetes tipo 2.

b) Glicemia igual ou superior a 126 mg/dl, confirmada por repetição do teste em outro dia, é diagnóstico de diabetes.

2: Teste oral de tolerância à glicose (TOTG): Este exame requer jejum de pelo menos 8 horas para que a primeira coleta de sangue seja realizada. A segunda coleta será realizada após 2 horas da ingestão de um líquido com 75 gramas de glicose diluídas em água.

a) Glicemia entre 140 mg/dl e 199 mg/dl confirma o pré-diabetes, também chamado de intolerância à glicose. Isso significa que o usuário está mais propenso a desenvolver o diabetes tipo 2.

b) Glicemia igual ou superior a 200mg/dl, confirmada por repetição do teste em outro dia, é diagnóstico de diabetes.

3: Exame de glicose "Random"

a) Glicemia casual igual ou superior a 200mg/dl associada à presença de um ou mais dos sintomas seguintes pode detectar a presença de diabetes: aumento do volume urinário, sede excessiva, muita fome, perda de peso inexplicável, fadiga, visão turva, feridas que demoram em cicatrizar.

Os participantes nesta etapa serão a enfermeira e o médico, e será desenvolvida de Outubro a Dezembro de 2017. Será realizada em três meses pelas dificuldades reais que existem com a realização de exames no município. O responsável é o médico.

No quinto momento, os pacientes já identificados serão avaliados seguindo normas e protocolos estabelecidos para o agendamento das consultas, solicitação de exames e avaliação antropométrica.

Os pacientes serão incentivados a participar em atividades coletivas e individuais. A equipe discutirá e planejará a implantação de grupos de educação em saúde para compartilhar temas específicos relacionados com atividade física, autocuidados e outros de interesse coletivo. Serão usados ainda cartazes e panfletos informativos para a divulgação. Os ACS terão uma participação ativa neste aspecto.

Os participantes neste momento serão todos os integrantes da equipe de saúde. O responsável é o médico. Esta etapa será realizada no mês de Janeiro de 2018.

O sexto momento compõe-se do adequado registro de informações para a equipe de saúde, assim como o registro no prontuário domiciliar.

Os participantes neste momento serão o médico, a enfermeira e os ACS. O responsável é o médico. Esta etapa será realizada no mês de Janeiro de 2018.

O sétimo momento vincula-se ao processo de acompanhamento e avaliação da atenção prestada aos pacientes portadores de DM da área de abrangência da ESF de Pedra Branca. Serão realizadas avaliações das complicações nas consultas e/ou visitas domiciliares, redefinindo riscos e condutas terapêuticas.

Os participantes neste momento serão o médico, a enfermeira e os ACS. O responsável é o médico. Esta etapa será realizada no mês de Fevereiro de 2018.

O oitavo momento, que permeia todo o processo de implementação, será o monitoramento de indicadores de processo e de resultados. (Quantidade de pacientes diagnosticados, avaliação em seguimento). Serão realizadas reuniões com as equipes mensalmente para avaliar avanços e cumprimento dos indicadores. Pode também ser desenvolvida uma pesquisa de satisfação com usuários, de modo a construir um processo participativo e que considere as dimensões subjetivas do cuidado destes pacientes.

As reuniões com a equipe serão realizadas toda a primeira segunda-feira de cada mês junta com a reunião de produção onde participam todos os integrantes do ESF. Este monitoramento será mantido durante 5 meses e será desenvolvida de Março de 2018 até Julho de 2018. O responsável é o médico.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

| ATIVIDADES | Agosto 2017 | Setembro 2017 | Outubro 2017 | Novembro 2017 | Dezembro 2017 | Janeiro 2018 | Fevereiro 2018 | Março 2018 | Abril 2018 | Mai 2018 | Junho 2018 | Julho 2018 |
|---------------------------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|----------------|------------|------------|----------|------------|------------|
| Apresentação do projeto | X | | | | | | | | | | | |
| Levantamento dos recursos necessários | X | | | | | | | | | | | |
| Identificação de pacientes elegíveis | | X | | | | | | | | | | |
| Diagnostico de Diabetes Mellitus | | | X | X | X | | | | | | | |
| Avaliação do pacientes diagnosticados | | | | | | X | | | | | | |
| Registro de informações | | | | | | X | | | | | | |
| Acompanhamento e avaliação | | | | | | | X | | | | | |
| Avaliação e monitoramento de processo | | | | | | | | X | X | X | X | X |

8 IMPACTOS ESPERADOS

Com este projeto de intervenção que se desenvolverá na área de atenção do ESF de Pedra Branca, espera-se em primeiro lugar identificar todos os pacientes maiores de 40 anos que apresentem fatores de risco para desenvolver Diabetes Mellitus e posteriormente realizar um diagnóstico de todos estes pacientes que apresentam a doença e desta forma elevar o índice de prevalência até aproximadamente 25%, índice muito similar às estatísticas nacionais.

Com o processo de implementação das ações para melhorar a qualidade do cuidado aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus, espera-se conhecer o quantitativo de pacientes diabéticos que necessitem de atendimento, assim como o perfil destas pessoas e das suas demandas de saúde.

A temática sendo pautada na agenda de prioridade da equipe de saúde vai permitir que o plano de cuidados e os projetos terapêuticos singulares envolvam todos os membros da equipe, contribuindo para pequenas mudanças na lógica de cuidado, até então centradas no profissional médico. Isso pode gerar duas situações importantes: a liberação de consultas desnecessárias para este grupo de pacientes, à medida que fortalece outras formas de cuidados e a ressignificação do trabalho de equipe, como é o caso da equipe de enfermagem que ao se qualificar, amplia seu cardápio de ações.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após um árduo trabalho de toda nossa equipe de saúde, atingimos cumprir todos os objetivos, pesquisar à totalidade da população maior de 40 anos, identificar os pacientes com fatores de risco associados a Diabetes Mellitus maiores de 40 anos e diagnosticar e cadastrar todos os pacientes portadores de Diabetes Mellitus maiores de 40 anos.

No que se refere ao acompanhamento, à organização e sistematização da atenção, poderá diminuir os chamados atendimentos por demanda espontânea, assegurando aos pacientes, cuidadores e familiares uma referência, acompanhamento, acesso a informação e orientações em saúde. Espera-se melhorar a qualidade do cuidado aos pacientes portadores de DM e a qualidade de vida destes pacientes.

Finalmente, trazer o monitoramento e a avaliação para o processo decisório da equipe de saúde, cuja ação parte de conhecimento e análise da situação de saúde, pode contribuir para que outros processos de gestão da clínica aconteçam com a equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBORGUETTI, K. T., et. al. Diabetes Mellitus tipo 2 em pessoas idosas: estratégias utilizadas pelos usuários da rede pública de saúde de um município do Sul de Santa Catarina. *RBCH*, Passo Fundo, v.9, n. 2, p. 200-212, maio/agosto. 2012.
- BAADE, R. T. W.; BUENO, E. Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 59, p. 941-951, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400941&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2017. Epub June 16, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0130>.
- BAADE, R.T. W. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2013. *Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. 2013 Disponíveis em: http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.../vigitel_2013.
- BARROS, K. C. S., et. al. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em funcionários de uma universidade pública. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 8(9):3099-105, set., 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica. *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus*. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção básica*. Ministério de saúde. Brasil 2006. Disponível em: http://busms.saude.gov.br/bus/publicações/diabetes_mellitus.pdf. Acesso em: 25 mar. 2017.
- CEFALU, W. T. American Diabetes Association. Prevention or delay of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38(Suppl. 1):S31-2.
- CEFALU, W. T. American Diabetes Association. Cardiovascular disease and risk management. *Diabetes Care*, 2015;38(Suppl. 1):S49-57.
- FARIA, H. T. G. et. al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 26, n.3, p.231-237, 2013 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300005>.
- GONÇALVES, M. R. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro. Out – Dez; B(29):235-43; 2013.

GONELA, J. T. et al. Nível de atividade física e gasto calórico em atividades de lazer de pacientes com diabetes mellitus. *Rev. bras. educ. fís. esporte*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 575-582, Sept. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092016000300575&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Mar. 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-55092016000300575>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354980>. Acesso em: 25 mar. 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Atlas*. 5a ed 2012 update. 2013. Disponível em: <http://www.idf.org>. Acesso em: 3 dez. 2013

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do adulto: Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013.

OLIVEIRA, J.; VENCIO, S.; organizadores. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

SILVEIRA, K. F., et al. *Abordagem do tema diabetes mellitus no programa de educação pelo trabalho para a saúde em Diamantina*, MG. *Rev Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 12, n. 1, p. 655-663, jan./jul. 2014.

STUHLER, G. D. *Representações Sociais e Adesão ao Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2*. 191 f. Tese. (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

WAZLAWIK, Elisabeth et al. Atividades Educativas Relacionadas ao Tratamento Dietético em Portadores de Diabetes Mellitus Internados no HU-UFSC. *Revista Eletrônica de Extensão*, Florianópolis, v. 11, n. 17, p. 172-179, out. 2014. ISSN 1807-0221. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2014v11n17p172>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

doi:<http://dx.doi.org/10.5007/1807-0221.2014v11n17p172>.