

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO SAÚDE DA FAMÍLIA.**

YANARA SANTANA MONTES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO À
PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE SANTA FÉ, RIBEIRAO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2019

YANARA SANTANA MONTES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO À
PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE SANTA FÉ, RIBEIRAO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra. Regina Maura Rezende.

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2019

YANARA SANTANA MONTES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO À
PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE SANTA FÉ, RIBEIRAO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Dra. Regina Maura Rezende - Universidade Federal do Triângulo Mineiro
- UFTM.

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais -
UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de março de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para minha família, por ser meu pilar de apoio apesar da distância; e, para meu amado e compreensivo esposo.

AGRADECIMENTOS

Na realização deste trabalho, agradeço primeiramente a Deus que está sempre no meu caminho, às pessoas que me ajudam a ser uma pessoa melhor cada dia, na melhoria do meu trabalho, aos pacientes que são nossa razão de ser e trabalhar.

Às pessoas incríveis que nos motivam o dia a dia a lutar, apesar das adversidades, especialmente nossas famílias, seres queridos, amigos e colegas de trabalho.

À minha orientadora, Professora Dra. Regina Maura Rezende, e todos os nossos professores da Universidade, obrigada por ter nos ajudado, orientado e ensinado de uma forma amigável, e com a arte da paciência, a dedicação com os seres humanos sem buscar nada em troca. Reconhecemos que o apoio foi fundamental para apresentar este trabalho.

RESUMO

A incidência e a prevalência de diabetes mellitus no Brasil está em constante aumento. A diabetes mellitus tem uma prevalência estimada que o Brasil passe da 8ª posição mundial, com 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Com a realização da análise situacional da Estratégia Saúde da Família Santa Fé mostrou-se a necessidade de uma ação programática qualificada para melhorar o acesso dos pacientes diabéticos ao serviço de saúde, em especial à Unidade de Atenção Primária Santa Fé. O objetivo deste trabalho consiste em melhorar a atenção à saúde das pessoas com diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família Santa Fé, Ribeirão das Neves, Minas Gerais. O método de Estimativa Rápida foi aplicado, por meio do Planejamento Estratégico Situacional, para levantar um conjunto de problemas e recursos e assim, tentar resolver o problema no menor período de tempo possível e com um mínimo de recursos. Para tal, foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados *Scientific Electronic Library*, Biblioteca Virtual de Saúde e página oficial do Ministério da Saúde. Os resultados mostram um alcance de 100% na busca ativa dos usuários faltosos à consulta, na proporção de usuários diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento, na proporção de usuários com orientações sobre a prática de atividade física regular, sobre o risco do tabagismo e os que receberam orientação sobre higiene bucal. Para a equipe, este trabalho foi um aprendizado sobre a qualificação desta ação programática, contribuindo para a efetiva integração entre comunidade e profissionais da Equipe de Saúde da Família. O projeto deverá oportunizar promoção de saúde, por meio de ações de educação de saúde, capacitação constante dos integrantes da equipe e intersetorialidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Diabetes Mellitus. Promoção de Saúde; Educação para saúde.

ABSTRACT

The incidence and prevalence of diabetes mellitus in Brazil is constantly increasing. Diabetes mellitus has an estimated prevalence that Brazil will move from 8th position worldwide, with 4.6% in 2000, to 6th position, 11.3%, in 2030. With the accomplishment of the Situational Analysis of the Santa Family Health Strategy Fe has shown the need for a qualified programmatic action to improve the access of diabetic patients to the health service, especially the Santa Fe Primary Care Unit. The objective of this work is to improve health care for people with diabetes mellitus in the Family Health Strategy Santa Fe, Ribeirão das Neves, Minas Gerais. The Rapid Estimate method was applied, through Situational Strategic Planning, to raise a set of problems and resources and thus, to try to solve the problem in the shortest possible time and with a minimum of resources. For this, a narrative review of the literature was carried out in the Scientific Electronic Library, Virtual Health Library and official Ministry of Health databases. The results show a 100% reach in the active search of users who are absent from the consultation, in proportion to diabetic users with adequate records in the follow-up record, the proportion of users with guidelines on regular physical activity, smoking risk and those who received guidance on oral hygiene. For the team, this work was a learning about the qualification of this programmatic action, contributing to the effective integration between community and professionals of the Family Health Team. The project should provide health promotion, through health education actions, constant training of team members and intersectoriality.

Key words: Primary Health Care. Family Health. Diabetes Mellitus. Health Promotion; Education for health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

DM Diabetes Mellitus

ESF Estratégia Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MG Minas Gerais

PES Planejamento Estratégico Situacional

PSF Programa Saúde da Família

SciELO *Scientific Eletronic Library*

SIAB Sistema de Informação de Atenção Básica

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade. UBS Santa Fe, Município Ribeirão das Neves, Minas Gerais, 2018.

Quadro 2: Descritores do problema de Alta prevalência de DM, ESF Santa Fe, 2018.

Quadro 03 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta Prevalência de DM, ESF Santa Fe, Minas Gerais, 2018.

Quadro 04 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta Prevalência de DM, ESF Santa Fe, Minas Gerais, 2018.

Quadro 05 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta Prevalência de DM, ESF Santa Fe, Minas Gerais, 2018.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Breves informações sobre o município.....	13
1.2 O sistema municipal de saúde.....	13
1.3 Unidade de Saúde da Família, seu território e sua população.....	13
1.4 A Equipe de Saúde.....	14
1.5 O Funcionamento da Unidade.....	15
1.6 O dia a dia da Unidade.....	15
1.7 Estimativas rápidas: problemas de saúde do território e da comunidade. (Primeiro passo)	15
1.8 Priorizações dos problemas (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	21
4 METODOLOGIA.....	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	24
5.1 Diabetes Mellitus: aspectos conceituais e complicações	24
5.2 Prevenção e controle da HAS e DM.....	25
5.3 Papel da ESF na Atenção ao Portador de HAS e DM.....	25
6 PLANO DE AÇÃO.....	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	27
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

Ribeirão das Neves é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país. Pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte e é o sétimo município mais populoso do estado, reunindo 331 045 habitantes, e é considerado um município dormitório, pois a maior parte de seus moradores trabalhava na capital mineira, ou nos municípios vizinhos que também fazem parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2018).

O município possui atualmente algumas fábricas que fortalecem o seu crescimento, e um comércio em expansão, contando com muitos bares, pizzarias, salões de beleza, supermercados, magazines, diversos bancos.

Ribeirão das Neves possui três macrorregionais: o distrito de Justinópolis, a regional Centro e a regional Veneza e, tem suas primeiras documentações datadas do século XVIII, nas quais se denomina "Matas de Bento Pires". Em 1745, Jacintho Vieira da Costa, então mestre de campo, obtém os direitos das terras de Matas de Bento Pires, e constrói uma capela dedicada à Nossa Senhora das Neves que é responsável por nomear a Fazenda das Neves e posteriormente ao Engenho das Neves, em 1946 (IBGE, 2017).

Vieira da Costa morre em 1760 legando os direitos de terra e bens ao seu filho, Antônio Vieira da Costa, que morre em 1796 sem herdeiros. Com o leilão dos bens, o Capitão José Luís de Andrade, português, morador de Vila do Sabará, toma posse da Fazenda das Neves e também da Fazenda dos Carijós, onde atualmente encontram-se os bairros Santa Marta, Santa Martinha, Porto Seguro e Nova União. Com o crescimento da capela, em 1820, é criada uma Guarda-Moria nas Capelas de Nossa Senhora das Neves e Santo Antônio da Venda Nova, e, com isso, a região é elevada Neves a Distrito de Paz (IBGE, 2017).

Em 1830, a população média era de 1.240 pessoas. Mas em 1846, a degradação da capela e aumento da população faz com que o então vereador, Padre José Maria de Andrade, reduzisse Neves a condição de distrito novamente. Neves é então anexada ao distrito de Venda Nova e posteriormente ao distrito de

Pindahybas, atual Vera Cruz de Minas e assim ficou até 1911 quando as duas foram anexadas ao município de Contagem (IBGE, 2017).

O estado de Minas Gerais toma posse de parte da Fazenda das Neves para a construção de uma penitenciária agrícola, em 1927. A construção da penitenciária aumenta a população e é finalizada em 1938 como Penitenciária Agrícola de Neves. Passando a fazer parte de vários municípios, só é elevado à categoria de município em 12 de dezembro de 1953 com a denominação de Ribeirão das Neves (IBGE, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

Ribeirão das Neves conta, na atualidade, com 89 estabelecimentos de saúde, dos quais três atendem emergência, um hospital geral com 93 leitos para internação, 55 postos de saúde, e, todos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tem apenas um mamógrafo com comando simples e dois aparelhos de Ultrassom Doppler Colorido (IBGE, 2017).

O município está passando por grave dificuldade financeira, e a prefeitura chegou a decretar estado de calamidade financeira, de acordo com o decreto n. 235/2018, com data de 22 novembro 2018, com validade de 120 dias (Gabinete do prefeito, em 28/11/2018), já expirado, contudo, ainda passando por dificuldades com relação ao orçamento público. Conforme destacado, Ribeirão das Neves é um município com 322 659 habitantes. Municípios limítrofes: Belo Horizonte, Contagem, esmeralda, Pedro Leopoldo, Vespasiano e São José da Lapa com uma distância de 32 quilômetros até a capital (IBGE, 2018).

O município conta com diversos estabelecimentos privados que se complementam com o Sistema Único de Saúde (SUS); conta com vários laboratórios como São Marcos, Hermes Pardines, Boas Novas e São Jose. Também é possível encontrar vários consultórios odontológicos, consultas de oftalmologias e centros de reabilitação e, tem um complexo penal parceria público privada.

1.3 Unidade de Saúde da Família

A Unidade de Atenção Primária Santa Fé foi inaugurada em 1997. Atualmente situada na Rua Jardim de Alá, 460 Bairro Santa Branca, cidade de Ribeirão das Neves, no Estado de Minas Gerais. A Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Fé atende 3900 habitantes e 965 famílias; a unidade fica em uma casa alugada há quatro anos, encontra-se fora da área de recepção, o que dificulta sobremaneira o atendimento, sendo um motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde, pela distância entre posto e população.

A Secretaria de Saúde está organizando suas ações para alugar uma casa que cumpra com as condições necessárias para o atendimento dos usuários porque é um local compartilhado com Programa Saúde da Família (PSF) São José II, o que favorece ao elevado número de pacientes na sala de espera, e que é muito pequena, logo, trazendo desconforto para os pacientes. Além disso, a unidade tem um mesmo local compartilhado pelas enfermeiras, pelo que não cumpre com o requisito da privacidade, como medida paliativa foi colocada uma divisão, mas que não conta com uma porta.

Os pacientes têm acesso à consulta médica que ocorre por demanda agendada e demanda espontânea, sendo que nesse momento são acolhidos, escutados e avaliados para o atendimento.

A população é atendida de acordo com os princípios do Programa Saúde da Família (PSF), com atendimento de enfermagem e médico; já o serviço odontológico é realizado em outro local da região. São oferecidos serviços de curativo, retirada de pontos, aplicação de injeção, nebulização, imunização, pré-natal, coleta de cito patológico, vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, encaminhamento para internação, e para consultas especializadas. Desenvolve-se atividades programadas para grupos específicos através da Atenção à Saúde da Criança, Planejamento Familiar, Saúde Mental, Adolescente e atividades de promoção à saúde, bem como estímulo à prática de atividades físicas e hábitos saudáveis.

1.4 A Equipe de Saúde

A equipe está formada por 9 agentes comunitárias, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, sendo que esta, por sua vez, é a gerente do posto; há oferta do serviço de 1 médica.

1.5 O Funcionamento da Unidade

O funcionamento da unidade é considerado um eixo do programa mais médicos, porque além de contar com os outros funcionários a presença da médica é permanente, pelo que é possível um acompanhamento da população atendida. A unidade funciona todos os dias de segunda à sexta feira, desde as 08h00 as 17h00 horas, com uma hora de almoço desde as 12h00 as 13h00.

1.6 O dia a dia da Unidade

Diariamente os pacientes são acolhidos pela enfermeira, e, pela ordem de prioridades, é agendada a consulta quando necessária. É priorizado o atendimento da estratégia às famílias até as 11h00, e, são atendidos os pacientes agendados. De 11 horas até 12 horas acontece o atendimento as demandas espontâneas, depois as consultas agendadas são retomadas até as 16 horas.

Às segundas e terças-feiras, durante o dia todo, são atendidos os pacientes com doenças crônicas entre outros; já na quarta-feira, na parte da manhã há consulta de pré-natal, e, na parte da tarde, puericultura; quinta feira, dependendo da demanda, são realizadas as visitas domiciliares que alterna com consultas agendadas no período da manhã, e, na parte da tarde, são renovadas as receitas dos pacientes.

Às sextas-feiras há horário reservado à especialização, e a profissional tem que cumprir 8 horas de estudo. As agentes comunitárias têm que realizar visitas domiciliares o dia todo, exceto nos dias de matriciamento pela psiquiatria e fisioterapia, e, isto acontece uma vez por mês, às quintas e sextas-feiras, respectivamente. Também são realizadas outras atividades como grupos de tabagismo, palestras, sendo que se tem como meta, cumprir a realização de grupos de HIPERDIA.

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A partir de reuniões e levantamentos junto a equipe de saúde, foram levantados vários problemas na nossa área de abrangência, os quais são:

- 1-Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- 2-Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- 3- Alto índice de doenças mentais.
- 4-. Alto índice de Tabagismo.
- 5- Alto índice de Doenças Respiratórias Crônicas.
- 6- Idosos com más condições de vida.

1.8 Priorização dos problemas (segundo passo)

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados. Para seleção dos problemas, analisa-se a importância dos problemas, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade. UBS Santa Fe, Município Ribeirão das Neves, Minas Gerais, 2017.

Problema	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento da Equipe***	Seleção****
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	6	Parcial	2
Alto índice de doenças mentais.	Alta	5	Parcial	3
Alto índice de Tabagismo	Média	5	Parcial	4
Alto índice de Doenças Respiratórias Crônicas.	Alta	4	Parcial	5
Idosos com más condições de vida	Alta	3	Parcial	6

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

A seleção é feita a partir da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores. Na Equipe, o problema, alta prevalência de diabetes mellitus foi selecionado como prioridade 1. Uma vez definido o problema e a prioridade (1º passo), a próxima etapa será a descrição do problema selecionado.

Descrição do problema:

O PSF Santa Fé tem aproximadamente 3.900 habitantes e 965 famílias, com uma População maior de 15 anos de 3.339, sendo que nesse grupo tem-se uma incidência 139 diabéticos diagnosticados (arquivos do PSF Santa Fe, 2018), o que representa um número de pacientes muito alto, o que é preocupante; assim destaca-se a importância de um projeto de intervenção para o controle do agravamento da doença nesses pacientes, bem como prevenir fatores de riscos e futuras complicações que podem levar à morte.

Em uma população podemos medir o impacto da Diabetes Mellitus (DM) descontrolada através da aparição das complicações como acidente vascular cerebral, isquemias cardíacas, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e isquemia vascular periférica. Influem muitos fatores para que uma pessoa diabética em situação de descontrole, não somente da não adesão ao tratamento, mas também da inadequação da droga, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, resistência ao tratamento, efeitos adversos, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, hábitos e estilos de vida inadequados, e, ineficiência na divulgação acerca de prevenção, fatores de riscos, complicações e consequências da Diabetes Mellitus (DM).

O controle da DM inclui o irrestrito acesso à atenção básica de saúde e o atendimento de boa qualidade, cumprindo assim, com os programas de saúde com participação ativa do paciente, da família e dos profissionais da saúde o que possibilita a melhoria da qualidade de vida sem deterioro das suas condições e uma

redução dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade e o sistema de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A saúde das pessoas com diabetes deve ser priorizada na atenção primária e em todos os níveis de atenção à saúde. No que se refere a Diabetes Mellitus (DM), a prevalência estimada é que o Brasil passe da 8ª posição mundial, com 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3% em 2030 (BRASIL, 2013). Mais recentemente foi demonstrado que o Brasil detém o 4º lugar entre os 10 países com maior número de indivíduos com diabetes, sendo que, em 2015 aparece com 14,3 milhões (12,9 a 15,8), e ainda, com projeções para 2040 de 23,3 milhões (21,0 a 25,9), mantendo a mesma posição (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018). Considerando que DM complicada é responsável pelas primeiras causas de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise, destaca-se a importância do acompanhamento nas atividades de prevenção e tratamento de doenças, promoção de saúde são necessárias na APS (BRASIL, 2013).

Mesmo com os índices de cobertura elevados, tem-se dificuldades em acompanhar todas as consultas programadas pela periodicidade preconizada pelo Protocolo destas ações programáticas (BRASIL, 2013), e que todos os usuários tenham os exames complementares prontos e às consultas odontológicas ofertadas de maneira adequadas. Também se tem dificuldades na disponibilidade dos aparelhos como glicômetro para a realização de gluco-test individual de cada usuário. Logo, a equipe tem como objetivo alcançar que todos os usuários tenham suas consultas periódicas em dia, assim como todos os exames complementares e à consulta odontológica ofertadas.

A intervenção é importante para a Unidade Básica de Saúde (UBS), porque vai aumentar a cobertura e a qualidade da atenção às pessoas com diabetes. Toda a equipe está envolvida, uma vez que trabalha junto para alcançar os resultados propostos. Entre as limitações, destaca-se que apenas cinco agentes comunitários de saúde atuam na equipe, logo, insuficiente. A demanda espontânea é grande, mas é muito importante a realização da intervenção para melhorar a atenção nesses

pacientes, e sempre sistematizar esta ação programática conforme preconizado no Protocolo do Ministério da Saúde.

Após a análise situacional das ações programáticas foi escolhido o foco de intervenção para a ação programática de Diabetes Mellitus, uma vez que é o grupo de usuários com maior dificuldade. Mas, objetiva-se fazer uma intervenção para ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de qualidade, uma vez que se trata de direito do cidadão, bem como possibilidade de ampliar a qualidade de saúde, e assim, de vida à população usuária dos serviços de saúde.

3 OBJETIVOS.

OBJETIVO GERAL.

Elaborar um projeto de intervenção visando melhorar a atenção à saúde das pessoas com Diabetes Mellitus na ESF Santa Fé, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.2. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de os diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter atualizada ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear os diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde dos diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Objetivo 7. Capacitar a equipe de saúde

Meta 7.1. Educação em saúde a comunidade como forma de prevenção e monitoramento das ações para com a população usuária.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho de intervenção realizou-se a avaliação do diagnóstico situacional da ESF. O método de Estimativa Rápida foi aplicado por meio do Planejamento Estratégico Situacional, para localizar um conjunto de problemas e recursos para tentar resolver o problema, no menor período de tempo possível e com um mínimo de recursos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizado um levantamento de problema prioritário e revisão da literatura, elaborando assim um plano de intervenção no sentido de viabilizar uma melhor integração das informações em saúde dos pacientes em diversos níveis da rede de atenção – coordenação. O método utilizado no plano de ação foi preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Nesta investigação foi realizada uma revisão narrativa da literatura por meio de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrônicos e bibliotecas virtuais nas bases de dados *Scientific Electronic Library* (SciELO), além de dados coletados por este meio da equipe com importante participação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares, a observação ativa e registros escritos, as diferentes instituições tais como a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e página oficial do Ministério da Saúde.

Foram utilizados os descritores: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Doença Crônica. Diabetes Mellitus, porém, esses estudos foram utilizados para a discussão deste trabalho.

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses, na área da equipe da UBS Santa Fé. Participarão da intervenção todos os usuários diabéticos maiores de vinte anos ou mais, da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos diabéticos na planilha de coleta de dados será feito no momento da consulta, e, para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho. Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Diabetes mellitus: aspectos conceituais, causais e complicações

Diabetes mellitus (DM) é o termo dado à doença crônica caracterizada por elevação da glicemia e por distúrbios no metabolismo de carboidratos. Essas alterações podem ocorrer devido à deficiência na secreção da insulina ou por falhas em seu mecanismo de ação (BRASIL, 2013).

O diagnóstico da doença, do ponto de vista laboratorial, ocorre quando glicemia de jejum é \geq ou = mg/dL, TTG duas horas após 75 g de glicose \geq ou = 200, glicemia casual \geq 200 mg/dL com sintomas clássicos, como poliúria, polidipsia e polifagia e hemoglobina glicada \geq 6,5% (BRASIL, 2013).

Os principais fatores de risco para a DM são, Idade superior a 45 anos; sobrepeso (IMC \geq 25 kg/m²); obesidade central - circunferência abdominal: $>$ 94 cm para homens e $>$ 80 cm para mulheres; antecedente familiar de diabetes; dislipidemia: triglicérides $>$ 150 mg/dL; mulheres com história de diabetes gestacional ou macrosomia (recém-nascido com mais de 4kg); diagnóstico prévio de síndrome ovários policísticos; doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (Adultos assintomáticos com pressão arterial (PA) sustentada maior que 135/80 mmHg.) (BRASIL, 2018).

Além de fatores genéticos, fatores ambientais são importantes na determinação do agravo. Hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e obesidade são causas comuns do Diabetes (BRASIL, 2013). Existem evidências de que indivíduos com diabetes mal controlado ou não tratado desenvolvem mais complicações do que aqueles com o diabetes bem controlado. Apesar disso, em algumas circunstâncias, as complicações do diabetes são encontradas mesmo antes da hiperglicemia, evidenciando a grande heterogeneidade desse distúrbio metabólico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Tradicionalmente, as complicações do diabetes são categorizadas como distúrbios microvasculares e macro vasculares, que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. O diabetes tem sido responsabilizado, entretanto, por contribuir para agravos, direta ou indiretamente, no sistema musculoesquelético, no sistema digestório, na função cognitiva e na saúde mental, além de ser associado a diversos

tipos de câncer. Pouca atenção tem sido dispensada as tendências globais das complicações do diabetes e ao modo como as características da morbidade associada ao diabetes tem mudado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

5.2 Prevenção e controle da DM

Prevenção efetiva significa atenção à saúde de modo eficaz. No diabetes, isso envolve prevenção do seu início (prevenção primária), prevenção de suas complicações agudas e crônicas (prevenção secundária) ou reabilitação e limitação das incapacidades produzidas pelas suas complicações (prevenção terciária). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

A prevenção da DM envolve medidas comportamentais. Propõe-se manutenção do peso adequado, alimentação adequada e saudável, prática regular de atividade física e redução ou cessação do tabagismo e etilismo (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

Uma vez diagnosticada a doença, o tratamento é fundamental no sentido de evitar as complicações. O tratamento do DM implica em sua classificação. O DM tipo 1 está relacionado com a destruição das células beta, levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina. O DM tipo 2 caracteriza-se por uma deficiência relativa de insulina, havendo uma resistência à ação da insulina. A mudança no estilo de vida é fundamental para o tratamento não medicamentoso com importante implicação no controle glicêmico. No DM tipo 1 sempre será necessária a utilização da insulina. Os antidiabéticos orais são a primeira escolha farmacológica para o tratamento do DM tipo 2 (BRASIL, 2013).

5.3 Papel da ESF na Atenção ao Portador de DM

A ESF tem fundamental importância na prevenção e controle das doenças crônicas. O acompanhamento dos usuários, os processos educativos em saúde, os acessos aos medicamentos são relevantes nesse processo (BRASIL, 2013).

Investigação realizada em São Paulo acerca do acesso de diabéticos ao serviço de saúde, especialmente à Atenção Primária à Saúde, demonstrou

fragilidade na assistência destes usuários. Há falta de estruturação dos programas e deficiência principalmente nas visitas domiciliares (BERSUSA et al., 2010).

Em Pernambuco, estudo que avaliou a implementação dos programas de DM na ESF, evidenciou que entre os diabéticos, menos da metade tinha hemoglobina glicada abaixo de 7% e apesar de 70% destes usuários terem excesso de peso, poucos relataram alimentação adequada. Os autores defendem a importância de aprimoramentos no serviço, visando prevenir as complicações de tais agravos (FONTBONNE et al., 2013).

Estudo de intervenção com ações de fisioterapia mostrou que houve redução dos níveis glicêmicos entre usuários da ESF no estado da Bahia. Nesse contexto, evidencia-se a importância da ESF para o controle e melhoria da qualidade de vida dos diabéticos, tornando-se relevante que cada vez investimentos sejam feitos na Atenção Básica à Saúde, favorecendo a efetividade dos programas para diabéticos (ROCHA et al., 2015).

Por meio da revisão das literaturas e da experiência dos integrantes da equipe de saúde toda, foi implementada a educação em saúde aos pacientes e os próprios funcionários como uma ferramenta importante para o autocuidado dos diabéticos, melhora dos conhecimentos acerca da doença, prevenção das complicações futuras, como detectar sintomas de descompensação da doença assim como melhorar os hábitos e estilos de vida. Educação em saúde constitui uma prioridade em atenção básica, pelos benefícios a curto prazo.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Na ESF Santa Fé, de um total de 3900 pessoas da área de abrangência, há um total 139 pacientes, representando 2,80 % da população, que sofre de DM. Mediante os controles realizados e os atendimentos feitos pelos diversos membros da equipe de saúde aos pacientes, muitos deles mantêm níveis de glicose elevados, principalmente os pacientes do sexo feminino e mais de 40 anos.

Quadro 2: Descritores do problema de Alta prevalência de DM, ESF Santa Fe, 2017

Descritores	Valores
População major de 15 anos	3339
Total de pacientes com diabetes Mellitus	139

Fonte: Montes, 2018.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

No que se refere ao DM, na população brasileira acima de 18 anos, há uma prevalência de 5,6% em 2011, sendo que em 2006 era de 5,3%. Além disso, o DM está aumentando de acordo com a idade, e se trata de importante informação considerando o envelhecimento populacional (BRASIL, 2013).

6.3 Seleções dos nós críticos (quinto passo)

As causas do problema representam os nós críticos, sendo:

- 1) Baixo nível de informação do usuário sobre a doença.
- 2) Estilo de vida da população pouco saudável.
- 3) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

6.4 Desenhos das operações (sexto passo)

Quadro 03 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta Prevalência de DM, ESF Santa Fe, Minas Gerais, 2018.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação do usuário sobre a doença
Operação (operações)	Aumentar o conhecimento dos usuários sobre a doença, ampliar a cobertura aos usuários diabéticos, melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos, melhorar a adesão dos diabéticos ao programa.
Projeto	“Saber + ”
Resultados esperados	A pessoa se mantém melhor informada e ajuda a manter melhor controle da doença, busca ativa do 100% dos diabéticos faltosos as consultas.
Produtos esperados	Aumento de informação sobre a diabetes e sobre tudo a como prevenir complicações. Usuário com menos complicações da diabetes
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Político: procurar um espaço na rádio local, estimulação social e Inter setorial. Financeiros: disponibilização de materiais educativos.
Recursos críticos	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos	Secretário de Saúde, motivação favorável Equipe de saúde, motivação favorável População, Indiferente.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto de estruturação da rede para coordenação da APS e para todos os membros da equipe de Santa Fe. Realizar uma reunião com conselho local de saúde e população para apresentar a proposta.

Prazo	4 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe Básica de Saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Nas reuniões da equipe no quarto mês serão avaliadas e verificadas se as ações propostas para esse período já foram realizadas ou se será necessário reprogramá-las e ao término do projeto para avaliar se as metas previstas foram alcançadas.

Fonte: Montes, 2018

Quadro 04 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta Prevalência de DM, ESF Santa Fe, Minas Gerais, 2018.

Nó crítico 2	Estilo de vida da população pouco saudável.
Operação (operações)	Promover a saúde dos diabéticos (garantindo orientação nutricional sobre alimentação saudável, estimular a pratica de atividade física, prevenção do tabagismo e estimular abandono deste mal habito).
Projeto	“Cuidar melhor da saúde”
Resultados esperados	Melhorar os hábitos alimentares na população e diminuir o sedentarismo, reduzir a incidência e prevalência do tabagismo nos diabéticos.
Produtos esperados	Programa de alimentação saudável e apoio nutricional. Programa de tabagismo

	<p>Programas saudáveis na rádio.</p> <p>Programa de caminhada orientada.</p> <p>Programa de academia ao ar livre da terceira idade.</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivos: conhecimento sobre hábitos saudáveis de vida</p> <p>Organizacional: Organização dos encontros para as caminhadas e a academia ao ar livre.</p> <p>Político: conseguir a articulação inter-setorial.</p> <p>Financeiros: disponibilização de materiais educativos e recursos necessários.</p>
Recursos críticos	Político: conseguir a articulação inter- setorial.
Controle dos recursos críticos	<p>Secretária municipal de saúde, motivação favorável</p> <p>População, motivação indiferente</p>
Ações estratégicas	Apresentar o projeto de estruturação da rede.
Prazo	4 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Medica, enfermeira e ACS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Nas reuniões da equipe serão discutidas e verificadas se as ações propostas estão em atividade e o que demandam para sua melhoria e efetivação.

Fonte: Montes, 2018

Quadro 05 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta Prevalência de DM, ESF Santa Fe, Minas Gerais, 2018.

Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).
Operação (operações)	Melhorar o processo de trabalho da equipe tanto dentro como fora da unidade, capacitação permanente da equipe de saúde, melhorar o registro das informações, mapear os diabéticos para risco cardiovascular.
Projeto	“Linha de cuidado”
Resultados esperados	A equipe será capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário, sendo participe das ações com o fim de obter as mudanças e como forma de monitoramento das ações da equipe para com a população.
Produtos esperados	Cursos de capacitação da equipe de saúde da família. Palestras e grupos operativos da população com maior risco. Processo de trabalho em sintonia Linha de cuidado implantada
Recursos necessários	Organizacional: Organização da agenda junto à os profissionais e a equipe em geral. Político: articulação entre os setores da saúde. Financeiros: Garantir os recursos e materiais necessários para lograr os objetivos desejados
Recursos críticos	Político: articulação entre os setores da saúde.
Controle dos recursos críticos	Secretário municipal de saúde, Motivação favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto de estruturação da rede.

Prazo	4 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Medico e Enfermeira e ACS.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhar a implantação dos grupos operativos e da linha de cuidado.

Fonte: Montes, 2018.

Para a realização das ações de Monitoramento e Avaliação serão implementados os seguintes procedimentos:

- ➔ Verificar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- ➔ Acompanhamento pela enfermagem de dados previamente colhidos dos registros específicos, e dos registros dos usuários dos agentes comunitários para observar o número de usuários cadastrados.

A partir de qualquer dado inadequado, deverá ocorrer comunicação pela equipe de saúde em reunião para que se possa averiguar o ocorrido e tomar as devidas providências.

- ➔ Verificar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- ➔ Verificar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- ➔ Verificar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- ➔ Verificar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos diabéticos será realizado a partir preenchimento do registro específico, por qualquer membro da equipe, sinalizando com sistema de alertas aqueles com exames em atraso ao enfermeiro para tomar as devidas providencias de acompanhamento. Também o

monitoramento dos usuários com exames laboratoriais será realizado mediante adoção da ficha espelho para todos os cadastrados na UBS, utilizando sistema de alerta sinalizando exames em atraso e terá como responsável pela coordenação a enfermeira semanalmente. Haverá prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho.

- Verificar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

A partir da adoção do registro específico proposto pelo curso (ficha-espelho), acomodadas em arquivo próprio, as consultas dos diabéticos serão monitoradas pela enfermeira semanalmente. Se identificado atraso nas consultas seja pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, será discutido na reunião de equipe.

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Através de revisão mensal das fichas-espelho pela equipe de enfermagem da UBS será monitorada a qualidade dos registros do programa

- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

O monitoramento será realizado pela enfermeira mensalmente junto com as fichas espelhos e sinais de alerta quanto à periodicidade das ações de acompanhamento preconizadas pelo protocolo.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

A enfermeira irá monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo por meio de registros adequados na ficha-espelho e prontuário clínico mensalmente.

Para a Organização e Gestão do Serviço serão implementados:

- ➔ Organização e manutenção do registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- ➔ Melhora do acolhimento para os usuários portadores de DM.

Para tal, a equipe deverá ser capacitada para que, a partir da detecção de novo usuário diabético, todos saibam como funciona o cadastramento do usuário. A enfermagem será informada do usuário recentemente diagnosticado e fará o cadastramento do usuário. A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento dos usuários diabéticos, que ocorrerá em todas as semanas da intervenção tendo como responsável a médica. O uso dos medicamentos, exames e acompanhamento pode ser revisado durante os acolhimentos. Assim será necessário:

- ➔ Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.
- ➔ Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- ➔ Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- ➔ Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- ➔ Garantir a solicitação dos exames complementares.
- ➔ Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- ➔ Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- ➔ Garantir a solicitação dos exames complementares.
- ➔ Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- ➔ Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- ➔ Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

As discussões e orientações sobre o protocolo será realizada na primeira semana de intervenção sob responsabilidade da médica, além disto, serão discutidas nas reuniões de equipe semanais. A impressão do protocolo atualizado de acompanhamento dos diabéticos será realizada pelo gestor em uma reunião para abordar sobre a intervenção, garantir o protocolo impresso disponível, a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, será realizada na primeira semana da intervenção pela médica.

É necessário assim, responsabilizar um profissional da equipe de saúde (técnico de enfermagem ou enfermeira) para controle de estoque, validade e necessidade de medicamentos da farmácia popular pelos usuários com frequência semanal. Logo, este deverá:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

As informações no SIAB serão registradas por cada ACS sob supervisão da enfermeira mensalmente. A implantação do registro específico será realizada pela equipe de enfermagem e pela médica em cada contato com os usuários. O monitoramento dos registros será feito pela enfermeira mensalmente, inclusive organizar sinalizar situações de alerta no intuito de sinalizar quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame

complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Nesse sentido, será preciso:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Pela estratificação de risco dos usuários a partir do preenchimento adequado da ficha espelho, sabem-se quais os que são de alto risco. Para esses usuários, será reservado um horário prioritário na agenda para atendimento clínico; logo, este deverá:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Serão realizados grupos de educação em saúde mensais para a alimentação saudável e orientação de prática física sob responsabilidade da equipe de enfermagem de forma a fornecer orientações quanto à prática de atividade física e alimentação saudável. Haverá uma reunião da médica com o gestor na primeira semana de intervenção para demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade, para a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A organização do tempo médio de consultas será realizada pela médica junto ao gestor neste encontro.

Para o Engajamento Público ocorrerá:

- Informação a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- ➔ Orientação a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- ➔ Informar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

Após discussão com a equipe da UBS, será programada uma atividade com a comunidade para orientações sobre a ação programática ao início da intervenção, com a responsabilidade da médica e enfermeira da equipe. Além disso, serão realizadas as orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população.

- ➔ Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- ➔ Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- ➔ Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- ➔ Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

As orientações acima serão fornecidas rotineiramente durante as consultas clínicas, reuniões com a comunidade que será realizada mensalmente pela médica e pela enfermeira, que deverão:

- ➔ Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- ➔ Buscar soluções junto com a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- ➔ Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, banners na UBS cujo responsável é a equipe de enfermagem na primeira semana, reuniões de comunidade mensais realizadas pela médica e enfermeira e demais atividades que envolvam a população. Logo, comprometer-se-ão a:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população. Também deverão:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população. Deverão ainda:

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões com a comunidade mensal a ser feito pela enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

No que se refere à Qualificação da Prática Clínica, deverão ser implementadas:

- Capacitação dos ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde
- Capacitação da equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Nesse sentido são implementadas capacitações durante as reuniões semanais com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico, além do primeiro encontro de capacitação na primeira semana de intervenção. Ação que terá a coordenação da médica e da enfermeira. Logo, serão metas:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

A capacitação da equipe com os seguintes temas: para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Serão realizadas reuniões semanais da equipe de saúde e no primeiro encontro para capacitação do protocolo, que será realizado na primeira semana da intervenção pela médica. Assim, deverão:

- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

O treinamento dos ACS para orientação quanto à periodicidade da realização de consultas dos diabéticos será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção. Assim, deverão:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

A capacitação e o preenchimento e registro adequado da ficha espelho de todos os registros dos diabéticos será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção. Assim deverão:

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

Assim, entende-se que os caminhos escolhidos pelo presente projeto trarão muitos benefícios para a comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de realização do curso de Especialização em Saúde da Família foi uma grande oportunidade na busca de novos conhecimentos da realidade da comunidade atendida pela equipe, o que pode ser revertido em projeto de intervenção, com vistas a melhoria de saúde e qualidade de vida da população usuária.

A partir da observação e debates com a equipe, foi identificada a alta prevalência da Diabetes mellitus e a necessidade de melhorar a atenção a estes pacientes.

Uma ampla revisão bibliográfica permitiu incorporar mais conhecimentos e ofereceu as ferramentas para a realização do presente projeto de intervenção, permitindo através do planejamento e Avaliação de Ações em Saúde, a busca de soluções para os problemas identificados.

A Diabetes Mellitus em nossa população têm uma alta prevalência. Sabe-se que a DM é mais que um problema de saúde pública, e seus portadores necessitam de tratamento e um diagnóstico em tempo, visto que a doença provoca danos e reflexos não só para os pacientes, mas também em sua família e a sociedade, e, ainda, muitas vezes com danos irreparáveis.

O objetivo principal do presente projeto de intervenção foi melhorar a atenção a saúde dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde Santa Fé, considerando-se muito importante, já que o usuário se torna melhor informado quanto ao controle e superação da doença; foi possível empreender busca ativa de todos os diabéticos faltosos às consultas, conforme a periodicidade desejada. Foi possível ainda, contribuir na melhora dos hábitos alimentares na população e diminuir o sedentarismo, reduzir a incidência e prevalência do tabagismo nos diabéticos por meio de uma ferramenta muito útil; a educação em saúde oportunizou a condição de empoderamento dos usuários acerca da situação que envolve a DM e suas consequência.

A equipe de saúde, de forma geral, implementou ações no sentido de acolher e oferecer maior informação ao usuário, sendo partícipe das ações, a fim de obter as mudanças necessárias, e como forma de monitoramento de suas próprias ações para com a população.

Logo, o presente projeto de intervenção se constitui em grande contribuição à equipe de saúde, a qual tem elevado potencial para favorecer o aprimoramento do processo do trabalho na unidade de saúde, assim como melhorar os níveis de conhecimento acerca da DM na população afetada, ou com risco de desenvolver complicações.

Esta intervenção foi muito útil, porque foi detectado o baixo conhecimento dos usuários sobre a doença, o estilo de vida pouco saudável da população toda com foco nos diabéticos, e a necessidade de melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde para o enfrentamento das problemáticas desta população. Considera-se uma ferramenta de trabalho para a motivação da população e a equipe de saúde.

Destaca-se que o presente projeto ainda tem muitos desafios para o futuro, em função de determinados equívocos e apelos culturais da população, o que poderá ser trabalhado pela equipe da Unidade, uma vez que se encontra muito motivada, e cada dia com muito amor e empenho ao atendimento à população em geral; apresenta como foco os diabéticos, e assim, deverá conhecer mais sobre autocuidado como prevenção das complicações da doença.

REFERÊNCIAS

BERSUSA, Ana Aparecida Sanches et al . Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 513-522, Sept. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.(Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde Área(s):GCV/DAEAP/COAPS Portaria SES-DF Nº161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº37de 23.02.2018..

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em:14 abril de 2017.

FONTBONNE, Annick et al . Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects attended by the Family Health Strategy in the State of Pernambuco, Brazil: the SERVIDIAH study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1195-1204, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades Minas Gerais**. 2017. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?>

RIBEIRÃO DAS NEVES. Câmara Municipal de Ribeirão das Neves. **Cidade. História**, 2018. Disponível em: [www.cmrn.mg.gov.br/ribeirão das neves](http://www.cmrn.mg.gov.br/ribeirão%20das%20neves), 2018

ROCHA, Janaina Vasconcelos et al . Effectiveness of a physical activity program on indicators of health status of users of the Family Health Strategy. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 28, n. 2, p. 365-372, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502015000200365&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes Brasileiras de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017.