

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

GRETCHEN ELOINA MARTINEZ HERNANDEZ

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A PREVALÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS E MELHORAR A ADESÃO DOS DIABÉTICOS AO
TRATAMENTO NO PSF GUARANI, MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE/MINAS GERAIS.

Belo Horizonte / MG

2018

GRETCHEN ELOINA MARTINEZ HERNANDEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A PREVALÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS E MELHORAR A ADESÃO DOS DIABÉTICOS AO
TRATAMENTO NO PSF GUARANI, MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE/MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Belo Horizonte / MG

2018

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A PREVALÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS E MELHORAR A ADESÃO DOS DIABÉTICOS AO
TRATAMENTO NO PSF GUARANI, MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE/MINAS GERAIS**

Banca examinadora:

Profa. Dra. Paula Cambraia De Mendonça Vianna – UFMG - Orientadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 23 de agosto de 2018.

DEDICATÓRIA

“A todas as pessoas que me ajudaram na realização deste trabalho.”

AGRADECIMENTOS

À minha família por todo o apoio e amor incondicional.

À minha professora orientadora pelo auxílio e dedicação.

À ESF do Posto de Saúde Guarani pela ajuda, acolhida e por todos os ótimos momentos de trabalho juntos.

Aos estagiários da Escola de Enfermagem da UFMG pela ajuda.

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso.”

John Ruskin

RESUMO

O Diabetes Mellitus tem se configurado como um grave problema para a saúde pública, exigindo a ampliação de estratégias para a prevenção e monitoramento pelo Sistema Único de Saúde. O crescimento significativo de brasileiros que convivem com esta patologia crônica tem apontado implicações para as equipes de saúde da família, em virtude das complicações progressivas que ocasionam quadros graves de morbidade na ausência de novas formas de atenção que vão além da consulta face a face. Este estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para diminuir a prevalência de Diabetes Mellitus e melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento na Equipe 02 do Programa Saúde da Família Guarani, município de Belo Horizonte/Minas Gerais. O projeto foi realizado em três etapas: a primeira buscou identificar os usuários diabéticos por meio de documentos e prontuários eletrônicos do centro de saúde. Na segunda, as informações foram inseridas no programa Epiinfo 7.0 a fim de organizar os dados em tabelas para classificar os usuários de acordo com os critérios de classificação de risco. A terceira foi realizada junto à equipe, a qual propôs um plano de ação para cada grupo classificado. Foram identificados 237 usuários portadores de Diabetes Mellitus, sendo a maioria do sexo feminino. Após a estratificação dos usuários confirmou-se que a maioria apresentou Risco Alto para doenças cardiovasculares. Foram planejadas ações que visam ao monitoramento contínuo desses pacientes e também planos de cuidados individualizados. O planejamento assistencial, a partir da estratificação de risco, proporciona o atendimento adequado a cada usuário oferecendo um atendimento individualizado que potencializa a ação da equipe de saúde da família, porém não tem sido realizado com frequência porque os profissionais estão sobrecarregados com a demanda espontânea que chega à unidade. O projeto de intervenção possibilitará um melhor acompanhamento dos pacientes, orientação sobre a doença e suas complicações, melhoria da qualidade de vida e responsabilização do usuário pelo tratamento.

Palavras-chave: Saúde da Família. Doença Crônica. Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The Diabetes Mellitus - DM has become a serious problem for public health, requiring the expansion of strategies for prevention and monitoring by the National Health System. The significant growth of Brazilians living with this chronic pathology has had implications for the family health teams, due to the progressive complications that cause serious morbidity in the absence of new forms of care that go beyond the face-to-face consultation. This study made to design an intervention project to reduce the prevalence of Diabetes Mellitus and to improve the adherence of diabetics to treatment in Team 02 of PSF Guarani, in the city of Belo Horizonte / Minas Gerais. The project was carried out in three stages: the first sought to identify diabetic users through electronic documents and medical records of the health center. In the second, the information was inserted in the program Epiinfo 7.0 in order to organize the data in tables to classify the users with respect to the criteria of risk classification proposed by Mendes. The third was carried out together with the team in which an action plan was proposed for each classified group. A total of 237 patients with DM were identified, the majority being female. After the stratification of the users it was confirmed that the majority presented High Risk for cardiovascular diseases. In this way, actions were planned that aim at the continuous monitoring of these patients and also plans of individualized care. The care planning based on risk stratification provides adequate care to each patient, offering individualized care that enhances the family health team's action, but has not been frequently performed because professionals are overwhelmed with the spontaneous demand that arrives in the unit.

Key-words: Family Health. Chronic Disease. Primary Health Care. Diabetes Mellitus.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Guarani de Belo Horizonte/MG, 2017.....**23**

Quadro 2 – Prevalência dos fatores de risco associados ao Diabetes Mellitus na população da ESF 02 Guarani de Belo Horizonte/MG, 2017.....**24**

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Pouco conhecimento da população sobre a doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....**27**

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Não participação dos pacientes nos grupos de diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.**29**

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de ações educativas para a equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....**30**

Quadro 6 – Operações sobre os “nós críticos 4 e 5” relacionados aos problemas “Impossibilidade de realizar ações de prevenção nas consultas devido ao elevado número de consultas por demanda espontânea” e “Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....**32**

Quadro 7–Classificação de risco dos usuários diabéticos da ESF 2 – Centro de Saúde Guarani, no município de Belo Horizonte, 2017.....**33**

Quadro 8 – Operações sobre os “nós críticos 6 e 7” relacionados aos problemas “Falta de trabalho com a população com risco de desenvolver a doença e Pouca adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....**34**

Quadro 9- Planejamento de atendimentos e ações aos usuários diabéticos da equipe 2 do Centro de Saúde Guarani, 2017.....**35**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| BH | Belo Horizonte |
| DCNT | Doença Crônica Não Transmissível |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DS | Distrito Sanitário |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| MG | Minas Gerais |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PBH | Prefeitura Municipal de Belo Horizonte |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNS | Programa Nacional de Saúde |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Breves considerações sobre a atenção primária à saúde no Município de Belo Horizonte..... | 11 |
| 1.2 A Unidade Básica de Saúde Guarani | 14 |
| 1.3 Diagnóstico Situacional | 15 |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 3. OBJETIVO | |
| 3.1 Objetivo Geral | 20 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 20 |
| 4. METODOLOGIA..... | 21 |
| 5. REVISÃO DA LITERATURA..... | 22 |
| 6. PROJETO DE INTERVENÇÃO | 25 |
| 6.1 Descrição e explicação do problema levantado | 25 |
| 6.2 Seleção dos nós críticos | 26 |
| 6.3 Desenho da operação..... | 26 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| REFERÊNCIAS..... | 41 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves considerações sobre o município de Belo Horizonte.

Belo Horizonte é um município brasileiro e a capital do estado de Minas Gerais. Pertence à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Belo Horizonte. Com uma área de aproximadamente 331 km², possui uma geografia diversificada, com morros e baixadas. Localiza-se a 716 quilômetros de Brasília, sendo a segunda capital de estado mais próxima da capital federal, atrás apenas de Goiânia (CAMPOS, 2010).

Cercada pela Serra do Curral, que lhe serve de moldura natural e referência histórica, foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro sob influência das ideias do positivismo, num momento de forte apelo da ideologia republicana no país. Sofreu um inesperado e acelerado crescimento populacional, chegando a mais de um milhão de habitantes em quase setenta anos de fundação. Entre as décadas de 1930 e 1940, houve também o avanço da industrialização, além de muitas construções de inspiração modernista, notadamente as casas do bairro Cidade Jardim, que ajudaram a definir a fisionomia da cidade (CAMPOS, 2010).

A cidade é mundialmente conhecida e exerce significativa influência nacional e até internacional, seja do ponto de vista cultural, econômico ou político. Conta com importantes monumentos, parques e museus, como o Museu de Arte da Pampulha, o Museu de Artes e Ofícios, o Museu de Ciências Naturais da PUC Minas, o Circuito Cultural Praça da Liberdade, o Conjunto Arquitetônico da Pampulha, o Mercado Central e a Savassi, e eventos de grande repercussão, como o Festival Internacional de Teatro, Palco e Rua (FIT-BH), Festival Internacional de Curtas e o Encontro Internacional de Literaturas em Língua Portuguesa. Retirei a parte dos bares.

O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros.

A Rede de Atenção à Saúde do SUS-BH é composta por 152 centros de saúde, 588 equipes da ESF, 300 equipes de Saúde Bucal, 58 equipes de Saúde Mental, 60 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 77 academias da cidade, que constituem a Rede de Atenção Primária à Saúde. Para a continuidade do cuidado, conta com as unidades da Rede Complementar, da Rede de Urgências e Emergências, da Rede Hospitalar e com os equipamentos de Vigilância em Saúde. Possui aproximadamente 17.000 profissionais de diversas categorias, com cerca de 10.000 trabalhadores na Atenção Primária à Saúde (APS) (BELO HORIZONTE, 2015; DATASUS, 2015).

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

O financiamento público é uma das formas pela qual os segmentos que compõem as quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde — SUS, Planos e seguros privados, assistência a servidores públicos e privados autônomos se comunicam. No caso do setor público, principalmente em relação aos serviços de acesso universal, esse financiamento ocorre de forma mais direta e preponderante. No setor privado, o financiamento público ocorre de forma indireta, por meio de renúncias fiscais, da utilização de serviços públicos para os quais poderia caber ressarcimento de planos e seguros de saúde e de outros mecanismos de incentivos públicos ao setor privado. As renúncias incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos (PIOLA *et al*, 2013).

Os serviços públicos de saúde em Belo Horizonte, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, têm adotado várias estratégias para a melhoria do acesso dos usuários e oferecimento de uma rede de atenção integral e de qualidade voltada para as reais necessidades da população.

Os Centros de Saúde de Belo Horizonte (BH) são unidades de saúde complexas responsáveis pela atenção primária à saúde e oferece ações

diversificas envolvendo práticas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças bem como de reabilitação. Essas unidades constituem a porta de entrada preferencial para os usuários ao sistema de saúde, sendo um grande desafio conseguir equalizar as diversas atividades e necessidades da população entre os atendimentos eletivos e os de demanda espontânea. Essas unidades vêm sendo cada vez mais pressionadas por um grande volume de pessoas que as acessam sem agendamento prévio, por diferentes motivos e tempo de evolução do problema (TURCI, 2008).

A atenção primária à saúde, portanto, tem sido considerada pelos gestores e profissionais da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte como o eixo norteador para a atenção à saúde da população (TURCI, 2008).

1.2 – A Unidade Básica de Saúde Guarani

A área de abrangência do Centro de Saúde Guarani atende a uma população cadastrada de 15.519 habitantes. A população tem sido atendida por meio de 04 Equipes de Saúde da Família, dividida em 16 micro áreas.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Guarani está localizada no bairro Guarani. Possui prédio próprio. A estrutura física da Unidade é composta por uma sala de recepção, nove consultórios para a Equipe de Saúde da Família, um consultório odontológicos com quatro cadeiras, uma sala de medicamentos, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala dos agentes comunitários da saúde, uma sala de reuniões, uma sala administrativo-gerencial, uma sala da equipe de zoonose, uma sala administrativa-regulação, uma cozinha e dois banheiros, expurgo e almoxarifado.

As equipes da Estratégia Saúde da Família são constituídas por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, e podem contar ainda com um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal. A equipe do NASF é composta por uma psicóloga, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma assistente social. A carga horária é de 40 horas semanais, exceto para os profissionais do programa PROVAB e Mais Médicos que têm uma folga de oito horas semanais para cursarem a especialização.

As equipes estão divididas em micro áreas, considerando que a Equipe 02, local de realização deste estudo, é responsável por 4414 habitantes, a qual

também tem apresentado os maiores indicadores de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT na comunidade. A equipe identificou 407 pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e 456 apresentam o diagnóstico de Diabetes Mellitus - DM. A principal causa de morte são as doenças cardiovasculares e suas complicações. Apesar do quantitativo de pessoas apresentando diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis, o foco dos atendimentos ainda tem sido o atendimento à demanda espontânea, na qual a equipe tem ficado sobrecarregada diariamente.

A Equipe 02 tem realizado atividades de puericultura, consultas de saúde da mulher, grupos de planejamento familiar, vacinação, cuidados com feridas e encaminhamentos de pacientes a outros pontos da rede.

1.3 Diagnóstico Situacional

Em reuniões realizadas pela equipe foram detectados os principais problemas e dificuldades que estão afetando o desenvolvimento e cumprimento dos nossos objetivos como atenção primária à saúde. Por isso, nos demos a tarefa de trabalhar em equipe e em interação com a população para uma melhor identificação dos problemas e, posteriormente, fazer uma análise para buscar soluções baseadas em nossas possibilidades e realidades atuais. Foi de muita importância o trabalho das agentes comunitárias de saúde e seu conhecimento sobre a população.

Para o levantamento dos problemas locais, foram utilizadas ferramentas para identificar as necessidades da comunidade e garantir o atendimento aos interesses comunitários. As agentes comunitárias de saúde conversaram com os moradores durante suas visitas domiciliares. Foi colocada a caixa de opiniões e sugestões na recepção da unidade. Foram realizadas reuniões com a comunidade e com o Conselho Local de Saúde.

A seguir, apresentamos os principais problemas levantados na área de abrangência da ESF:

1. Alta prevalência de Diabetes Mellitus na área da abrangência da ESF.
2. Alta incidência de doenças infecciosas transmitidas pelo consumo de água não tratada.
3. Atendimentos tardios às gestantes.

4. Número elevado de pacientes em uso de medicamentos para depressão com tratamentos de longa duração e que não realizam controle.
5. Elevada incidência de infecções respiratórias agudas.
6. Alto índice de tabagismo.
7. Demora no atendimento pelos especialistas.

A partir da definição da lista de problemas junto à equipe de saúde, torna-se necessária a sua priorização com base na sua importância, urgência e capacidade da equipe para intervenção. É importante ressaltar que essa priorização indica uma demanda momentânea da equipe de saúde da família - ESF atual e que é feita a partir da opinião dos membros da ESF e da comunidade, não descaracterizando cada um dos outros problemas como importantes na comunidade de abrangência.

Foi utilizada uma padronização para classificar cada problema quanto à sua importância (alta, média ou baixa), urgência (pontos de zero a dez) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, dentro ou fora da capacidade da equipe). Após essa classificação, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção foi feita a partir da análise das três variáveis classificadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Guarani de Belo Horizonte/MG, 2017.

| Principais problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Alta prevalência de Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF Guarani e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento. | Alta | 10 | Parcial | 1 |

| | | | | |
|---|-------|----|---------|---|
| Alta incidência de doenças infecciosas transmitidas pelo consumo de água não tratada. | Alta | 10 | Parcial | 2 |
| Atendimentos tardios às gestantes. | Alta | 10 | Parcial | 3 |
| Número elevado de pacientes em uso de medicamentos para depressão com tratamentos de longa duração e que não realizam controle. | Alta | 9 | Parcial | 4 |
| Elevada incidência de infecções respiratórias agudas. | Média | 8 | Parcial | 5 |
| Alto índice de tabagismo. | Média | 8 | Parcial | 6 |
| Demora no atendimento pelos especialistas. | Média | 7 | Fora | 7 |

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF 02 Guarani (2017).

O problema priorizado pela equipe foi a “alta prevalência de Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF Guarani e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento”. Foram consideradas a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento do problema pela equipe.

2 JUSTIFICATIVA

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são quatro milhões de mortes por ano relativas ao Diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços da saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006).

O maior custo, entretanto, recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução da expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o Diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos no Diabetes tipo 2 (BRASIL, 2006).

Os adultos com Diabetes têm risco de 2 a 4 vezes maior de complicações como a doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, as amputações de membros inferiores não traumáticas, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna. (BRASIL, 2006).

Atualmente dos 4414 pacientes cadastrados na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 02 do Centro de Saúde Guarani, 456 são diabéticos (SIAB, 2014), observando-se um aumento considerável em relação aos anos anteriores. Existe uma forte resistência dos pacientes diabéticos a cumprir com o tratamento da doença, com maior dificuldade na adesão ao tratamento não farmacológico.

Atualmente existem 456 diabéticos cadastrados na UBS que residem na área da Equipe de Saúde da Família 02 Guarani (SIAB, 2014).

A realização deste trabalho justifica-se pela importância e urgência em intervir junto à população para diminuir a prevalência desta doença e suas complicações, melhorar a adesão dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus ao tratamento, impactando positivamente na qualidade de vida da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral.

- Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a prevalência de Diabetes Mellitus e melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento na Equipe 02 do PSF Guarani, município de Belo Horizonte/Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos.

- Realizar ações educativas com a população e pacientes com risco de desenvolver Diabetes Mellitus para diminuir a prevalência da doença na área de abrangência da equipe.
- Possibilitar maior adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento.

4 METODOLOGIA

O presente estudo é um projeto de intervenção, que foi realizado no ano de 2018 pela equipe de saúde 02 do PSF Guarani de Belo Horizonte/MG, após a realização do diagnóstico situacional, de acordo com o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES é um método de alta complexidade e alta potência, apropriado para fazer análise estratégica e abordar determinados problemas que definem uma situação global (MATUS,1994).

Foi proposto, em reunião de equipe, o levantamento dos principais problemas da comunidade. Eles foram identificados a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pesquisa das agentes comunitárias de saúde, observação ativa da equipe, reuniões com a comunidade e com o Conselho Local de Saúde e caixa de opiniões e sugestões na recepção da unidade.

Após a identificação dos problemas, a equipe realizou a priorização dos mesmos. Para isso, foram utilizados alguns critérios como: importância do problema, urgência do problema e capacidade de enfrentamento pela equipe. O problema priorizado foi "Alta prevalência de Diabetes Mellitus na área de abrangência da Equipe 02 do PSF Guarani e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento". Para a descrição do problema priorizado foram utilizados alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros produzidos pela própria equipe. Foram selecionados fatores de risco associados ao desenvolvimento do Diabetes Mellitus na comunidade assim como complicações decorrentes desta doença. Em seguida, foi realizada uma análise para identificar as causas mais relevantes do problema que precisam ser enfrentadas. Assim, a equipe selecionou os nós críticos que estão dentro do espaço de sua governabilidade.

Foram oferecidas intervenções e ações educativas para a população portadora de Diabetes Mellitus e pacientes com risco de desenvolver a doença, buscando diminuir a prevalência da doença e possibilitar maior adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento.

Para a construção do projeto foram pesquisadas bases de dados como: SciELO, NESCON, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências de Saúde - LILACS. Foram utilizados os seguintes descritores para busca: Diabetes Mellitus, educação em saúde, atenção primária.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Dados da Organização Mundial de Saúde- OMS, revelam que das 58 milhões de mortes no ano de 2008 no mundo, 36 milhões ou 63% foram ocasionadas por DCNT e que ocorrerá um aumento de 15% em nível mundial entre 2010 e 2020 (44 milhões de mortes) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Dentre as DCNT, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), haja vista os dados da Sociedade Brasileira de Diabetes que estimam 387 milhões de portadores de DM no mundo.

Considerando o atual estágio da transição demográfico-epidemiológica, o Diabetes Mellitus, ao lado de outros quadros crônicos, é considerado um problema de saúde pública, não apenas em países desenvolvidos, como também em países em desenvolvimento. Em 1998, projetaram um aumento de 35% na prevalência do Diabetes Mellitus, no mundo, passando de 4%, em 1995, para 5,4%, em 2025. O crescimento relativo da prevalência será, entre 1995 e 2025, da ordem de 48% para os países em desenvolvimento e 27% para os países desenvolvidos (BRASIL, 2015).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, mais de 180 milhões de pessoas são portadoras de Diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. Nesse cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos. Esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Nos Estados Unidos, o número de pessoas com diabetes dobrou, alcançando 23,6 milhões em 2007, o que equivale a 7,8% da população total. Entre os idosos com 60 anos ou mais, 12,2 milhões ou 23,1% da população têm Diabetes. Na América Latina e Caribe, essa enfermidade afeta quase 19 milhões de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O DM caracteriza-se pela hiperglicemia no sangue que ocorre quando o corpo não produz insulina ou não consegue empregar adequadamente a insulina que produz. Pode ser classificado como tipo 1, tipo 2 e diabetes gestacional (GROSS, 2002).

O DM tipo 1 é ocasionado pela destruição de células beta do pâncreas por meio de um processo autoimune e, em consequência, não há a liberação

de insulina para a corrente sanguínea. O DM tipo 2 é considerado o mais comum, acontecendo em 90% dos casos. Ocorre quando o corpo não consegue utilizar a insulina liberada pelas células beta do pâncreas ou não produz insulina suficiente para captar a glicemia presente na corrente sanguínea. Já o Diabetes Gestacional ocorre devido às mudanças hormonais ocasionadas durante o período gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O pré-diabetes é um termo usado para indicar que o paciente tem potencial para desenvolver a doença, um estado intermediário entre o indivíduo saudável e o diabético tipo 2. No caso do tipo 1 não existe pré-diabetes, a pessoa nasce com uma predisposição genética ao problema e a impossibilidade de produzir insulina, podendo desenvolver o Diabetes em qualquer idade(ABC.MED.BR,2008).

Os desafios para as equipes de saúde da família estão na prevenção e monitoramento do DM não controlado, uma vez que, estando negligenciadas estas ações, os usuários podem apresentar complicações progressivas, podendo ocasionar problemas graves cardiovasculares, neuropatias e o aumento da probabilidade de desenvolvimento de dislipidemia, obesidade e hipertensão (OCHOA-VIGO, 2003).

Segundo Moraes (2009), muitas são as complicações e consequências desta doença para a saúde. São elas:

- Retinopatia diabética: são lesões que aparecem na retina, podendo causar pequenos sangramentos e, como consequência, a perda da acuidade visual.
- Endurecimento e espessamento da parede das artérias (arteriosclerose).
- Nefropatia diabética: causada por alterações nos vasos sanguíneos dos rins que fazem com que ocorra perda de proteína pela urina. O órgão pode reduzir a sua função lentamente, de forma progressiva até a sua paralisação total.
- Neuropatia diabética: os nervos ficam incapazes de emitir e receber as mensagens do cérebro, provocando sintomas, como formigamento, dormência ou queimação das pernas, pés e mãos, dores locais e desequilíbrio, enfraquecimento muscular, hipotensão, distúrbios digestivos, excesso de transpiração e impotência.
- Pé diabético: ocorre quando uma área machucada ou infeccionada nos pés desenvolve uma úlcera (ferida). Seu aparecimento pode ocorrer quando a

circulação sanguínea é deficiente e os níveis de glicemia são mal controlados. Qualquer ferimento nos pés deve ser tratado rapidamente para evitar complicações que podem levar à amputação do membro afetado.

- Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e Acidente Vascular Cerebral - AVC: ocorrem quando os grandes vasos sanguíneos são afetados, levando à obstrução (arteriosclerose) de órgãos vitais como o coração e o cérebro. O bom controle da glicose, a atividade física e os medicamentos que combatem a pressão alta, o aumento do colesterol e a suspensão do tabagismo são medidas imprescindíveis de segurança. A incidência desse problema é de duas a quatro vezes maiores em pessoas com Diabetes (MORAIS, 2009).

Neste sentido, cabe as ESF planejarem a utilização de instrumentos que lhes ajudem a dar suporte à atenção à saúde com base em evidências e ainda monitorarem os portadores de DM. Segundo Mendes (2012), a melhoria da saúde das pessoas portadoras de doenças crônicas como o DM exige novas formas de atenção que vão além da consulta face a face, como a atenção compartilhada ao grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância.

Uma das ferramentas utilizadas frequentemente pelas ESF para o monitoramento do DM tem sido as visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, nas quais coletam informações adicionais referentes à saúde dos usuários.

A classificação dos usuários quanto ao grau da doença, os riscos e demais problemas associados, também se configura em uma ferramenta capaz de auxiliar as ações da equipe de saúde e propor medidas coerentes com o estado de saúde do usuário, minimizando complicações. A classificação pode ser realizada por meio da estratificação de risco que permite identificar pessoas e grupos com necessidade de saúde semelhante que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos de acordo com a classificação. A lógica do processo de estratificação se apoia em um manejo diferenciado pela ESF de pessoas e grupos que apresentam riscos similares (MENDES, 2012).

Assim, os usuários recebem uma cor correspondente a sua classificação quanto ao risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares. As classificações foram denominadas de:

- Baixo- quando usuários apresentam glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose (pré-diabetes) e aqueles diagnosticados diabético com HbA1c <7%, capacidade de autocuidado suficiente, ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e ausência de complicações crônicas;
- Moderado - são considerados risco moderado, os usuários diagnosticados diabéticos, com HbA1c <7% ou Diabéticos com HbA1c entre 7% e 9%, que apresentam capacidade de autocuidado insuficiente, ausência de internações por comorbidades agudas nos últimos 12 meses e ausência de complicações crônicas;
- Alto: foram considerados risco alto, os usuários diagnosticados diabéticos, que apresentassem HbA1c >9%, capacidade de autocuidado suficiente, internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, presença de mais de uma complicação crônica;
- Muito Alto- foram considerados risco muito alto, os usuários diagnosticados diabéticos, com HbA1c >9%, capacidade de autocuidado insuficiente, presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, idosos > 80 anos, idosos > 65 anos que apresentem polifarmácia (5 medicamentos ou mais ao dia), polipatologia (5 diagnósticos ou mais), alta vulnerabilidade social e dependência de cuidados (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013)

Importante salientar que o reconhecimento do risco cardiovascular dos usuários que convivem com o diabetes é um importante indicador para elaborar e implementar ações destinadas ao perfil de cada grupo de risco.

6- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “diminuir a prevalência de Diabetes Mellitus e melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento na Equipe 02 do PSF Guarani”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1– Descrição e Explicação do Problema levantado

O Diabetes Mellitus é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, causando um aumento da glicose (açúcar) no sangue. A doença se instala porque o pâncreas não é capaz de produzir o hormônio insulina em quantidade suficiente para suprir as necessidades do organismo ou porque este hormônio não é capaz de agir de maneira adequada (resistência à insulina).

Os fatores de riscos associados ao Diabetes Mellitus estão presentes na população de abrangência da Equipe de Saúde da Família Guarani com marcada prevalência, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Prevalência dos fatores de risco associados ao Diabetes Mellitus na população da ESF 02 Guarani de Belo Horizonte/MG, 2017.

| Fatores de risco para Diabetes Mellitus. | População cadastrada. | Prevalência. |
|---|------------------------------|---------------------|
| Obesidade | 187 | 8.37 % |
| Sobrepeso | 205 | 9.17 % |
| Pré-diabéticos (Possíveis diabéticos da área de abrangência) | 456 | 19.1% |
| Hipertensão Arterial | 407 | 18.35 % |
| Hiperlipidemia | 334 | 14.95 % |

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF 02 Guarani.

6.2-Seleção dos nós críticos

Foram detectadas as causas relacionadas ao problema priorizado, classificadas como nós críticos. A intervenção nestes nós críticos possibilitará que o projeto de intervenção tenha êxito e possibilite à população atingida maior qualidade de vida. São eles:

1. Pouco conhecimento da população sobre a doença.
2. Não participação dos pacientes nos grupos de diabéticos.
3. Falta de ações educativas para a equipe.
4. Impossibilidade de realizar ações de prevenção nas consultas devido ao elevado número de consultas por demanda espontânea.
5. Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema.
6. Falta de trabalho com a população com risco de desenvolver a doença.
7. Pouca adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento.

6.3 Desenho das operações.

Com o objetivo de diminuir a prevalência de Diabetes Mellitus e melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento na Equipe 02 do PSF Guarani, município de Belo Horizonte/Minas Gerais, realizou-se um processo de intervenção para auxiliar as ações da ESF ao portador de Diabetes Mellitus.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Pouco conhecimento da população sobre a doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

| | |
|-----------------------------|---|
| Nó crítico 1 | Pouco conhecimento da população sobre a doença |
| Operação | Fazer campanhas para conscientização dos cuidados sobre Diabetes e realização da glicemia capilar. |
| Projeto | Saber Mais |
| Resultados esperados | Trocas de experiências entre a equipe. Realização de rodas de conversas com os profissionais abordando a prevenção do Diabetes, informações para a população, promoção de ações de saúde. |

| | |
|--|---|
| Produtos esperados | Campanhas educativas, folders, cartazes, palestras, dinâmicas de grupos, parcerias com escolas e academias de saúde. |
| Recursos necessários | Estrutural: Espaço físico Cognitivo: Profissionais capacitados, alunos, residentes. Financeiro: impressão de material, apoio do jornal do bairro. Político: relações intersetoriais, apoio da comissão local de saúde, adesão do gestor. |
| Recursos críticos | Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais e confecção dos folhetos educativos. |
| Controle dos recursos críticos | Equipe de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde e comunicador responsável pelo jornal do bairro, estabelecimentos de serviços do bairro. |
| Ações estratégicas | Reunião com a comissão local de saúde, academia da saúde e escolas. |
| Prazo | Três meses |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Equipe de saúde da família |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | A avaliação deverá ser feita mensalmente, por meio de um instrumento aplicado a população atendida |

Em relação ao nó crítico “Não participação dos pacientes nos grupos de diabéticos”, foi necessário realizar identificação dos usuários portadores de DM cadastrados na ESF 2. A busca pelas informações dos usuários foi realizada por meio da análise dos cadastros da Ficha A, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dos prontuários eletrônicos acessados pelo portal Gestão de Saúde do município de Belo Horizonte e em demais arquivos pertencentes à unidade.

Após a coleta, as seguintes informações foram inseridas no programa Epiinfo 7.0: nome completo; prontuário eletrônico; endereço; data de

nascimento; sexo; tipo de diabetes; ano de diagnóstico; valor e data da última Glico-Hemoglobina (Hb1Ac); valor e data da última fundoscopia; classificação de risco dos pés; data da última consulta odontológica; data da última avaliação com o nutricionista; valor da última pressão arterial; tabagismo, atividade física; comorbidades; medicamentos em uso; observações.

Nesta etapa, foram encontrados um total de 221 pacientes diabéticos na equipe 2, a maioria do sexo feminino (143 pacientes / 64,71%). Apesar do sistema de Informação da atenção básica (SIAB) identificar 456 usuários portadores de diabetes, percebeu-se que muitos dados como: ano de diagnóstico, data da última fundoscopia, classificação de risco dos pés, data da última consulta odontológica não estavam sendo monitorados. Portanto, o número de diabéticos passível de ser analisado e que está cadastrado na UBS Guarani com dados completos é de 221 pacientes que, em sua totalidade, apresentaram diagnóstico de Diabetes tipo 2. Esta primeira etapa foi importante para identificar e realizar um mapeamento dos usuários diabéticos da equipe 2.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Não participação dos pacientes nos grupos de diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

| | |
|-----------------------------|---|
| Nó crítico 2 | Não participação dos pacientes nos grupos de diabéticos |
| Operação | Mapear os usuários diabéticos do centro de saúde. Realizar busca ativa. Incentivar a participação no Grupo de Diabéticos. |
| Projeto | Mapa da saúde |
| Resultados esperados | Dimensionar o número de diabéticos cadastrados e que vem sendo monitorados pela equipe. |
| Produtos esperados | Mapa da área de abrangência com a identificação dos diabéticos por microárea. Maior participação no Grupo de Diabéticos. |
| Recursos necessários | Estrutural: acesso aos prontuários e banco de dados Cognitivo: Sensibilização dos diabéticos e familiares. Político: integração da equipe médica com enfermeiras e ACS. |

| | |
|--|--|
| Recursos críticos | Estrutural: acesso aos prontuários e banco de dados. Mapeamento dos diabéticos. |
| Controle dos recursos críticos | Estrutural: acesso aos prontuários. Começar pelos prontuários on line e comparar com as fichas e cadastros dos ACS. Organizacional: Grupos implantados. Aumento da participação dos diabéticos. |
| Ações estratégicas | Reuniões semanais para organização dos dados. Divulgação do Grupo de Diabéticos junto aos usuários. |
| Prazo | Três meses |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Equipe de Saúde da Família |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | O monitoramento e avaliação serão realizados nos encontros para consolidar os dados e mensalmente para avaliação da participação nos Grupos. |

Sobre o nó crítico identificado como “Falta de ações educativas para a equipe”, a equipe sugeriu os seguintes encaminhamentos:

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de ações educativas para a equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

| | |
|-----------------------------|--|
| Nó crítico 3 | Falta de ações educativas para a equipe |
| Operação | Incentivar a equipe, dar apoio e ficar na retaguarda dos atendimentos necessários para que possam ser produzidas e implementadas as ações. Contar com a contribuição de alunos e residentes nessas atividades. |
| Projeto | Programa de ações na comunidade. |
| Resultados esperados | Realizar ações educativas, Capacitar a população para seu autocuidado. |

| | |
|--|---|
| | Capacitar a Equipe de saúde da Família sobre DM, fatores de risco e consequências. Ampliar as relações intersetoriais. |
| Produtos esperados | Ações educativas implantadas. Equipe Capacitada. Grupos divulgados. |
| Recursos necessários | Cognitivo: Interesse dos profissionais Político: apoio da gerência do centro de saúde. |
| Recursos críticos | Cognitivo: Interesse dos profissionais |
| Controle dos recursos críticos | Cognitivo: contar com o apoio dos estudantes, residentes e professores para capacitar a equipe para desenvolver dinâmicas, criar novas estratégias e incentivar a adoção de novas práticas. |
| Ações estratégicas | Capacitação dos profissionais para atividades de ações educativas. |
| Prazo | 1 mês |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Enfermeira |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | O monitoramento será feito pelas equipes que deverão se reunir para trocar experiências sobre a capacitação educativa e pensar em novas estratégias relacionadas ao tema. |

Os nós críticos que envolvem a “Impossibilidade de realizar ações de prevenção nas consultas devido ao elevado número de consultas por demanda espontânea” e “Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema”, pôde ser resolvido com o auxílio do instrumento de classificação de risco utilizando o processo de estratificação de proposto por Mendes (2012). A estratificação é um processo central dos modelos de atenção à saúde porque permite identificar pessoas e grupos com necessidade de saúde semelhante que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos de acordo com a classificação (MENDES, 2012). Segundo o mesmo autor, a lógica do processo de estratificação se apoia em um manejo

diferenciado pela ESF de pessoas e grupos que apresentam riscos similares.

Assim, os usuários recebem uma cor correspondente a sua classificação quanto ao risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Após a classificação, os dados são identificados respectivamente pelas cores: azul, verde, amarelo ou vermelho e pela numeração 0, 1, 2, 3 ou 4. Para organização das classificações ressalta-se que, além de considerar o proposto pelo modelo de estratificação de risco, utilizam-se as especificações da linha guia de HAS, Diabetes Mellitus e doença renal crônica da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013).

Quadro 6 – Operações sobre os “nós críticos 4 e 5” relacionados aos problemas “Impossibilidade de realizar ações de prevenção nas consultas devido ao elevado número de consultas por demanda espontânea” e “Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

| | |
|-----------------------------|---|
| Nós críticos 4 e 5 | Impossibilidade de realizar ações de prevenção nas consultas devido ao elevado número de consultas por demanda espontânea e Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema |
| Operação | Conhecer e aplicar o instrumento de estratificação de risco, para classificação dos usuários quanto ao risco cardiovascular a fim de direcionar as ações. |
| Projeto | Estratificação de risco de usuários diabéticos. |
| Resultados esperados | Conhecer o grau do risco cardiovascular dos diabéticos, Instrumentalizar a equipe para trabalhar de acordo com os dados Organizar a demanda espontânea. Organizar agenda. |
| Produtos esperados | Tabelas com a classificação dos usuários com Diabetes da equipe 02. Agenda organizada. Fluxo de atendimento organizado. |

| | |
|--|---|
| Recursos necessários | Estrutural: computador Cognitivo: Profissionais capacitados, alunos, residentes. Político: interesse da equipe e adesão do gestor. |
| Recursos críticos | Cognitivo: Interesse dos profissionais |
| Controle dos recursos críticos | Cognitivo: roda de conversa para trocar experiência sobre o método de estratificação e organização do fluxo de trabalho |
| Ações estratégicas | Envolver médicos e enfermeiros para que a estratificação seja uma prática assumida. Agenda organizada. |
| Prazo | 01 mês – apresentação e roda de conversas 02 meses – organizar as tabelas no computador 03 meses – avaliar a demanda e o preenchimento das tabelas 04 a 06 meses organização do atendimento aos usuários diabéticos. |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Médico e enfermeira |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | O monitoramento será feito pelas equipes que deverão avaliar a demanda e o preenchimento das tabelas. |

Como resultados esperados dessa etapa, as primeiras iniciativas nos fazem perceber que, dos 221 usuários, a maioria dos usuários do sexo masculino e feminino foram classificados como nível 3 para o risco de doenças cardiovasculares, o que significa que a maior parte deles apresentaram nível de HbA1c >9%, capacidade de autocuidado suficiente, internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, presença de mais de uma complicação crônica.

Importante destacar também a quantidade de usuários classificados com nível 4 para o risco de doenças cardiovasculares, ou seja, aqueles que apresentaram risco muito alto, com níveis de HbA1c >9%, capacidade de

autocuidado insuficiente, presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, idosos > 80 anos, idosos > 65 anos, usuários que apresentasse polifarmácia (5 medicamentos ou mais ao dia), polipatologia (5 diagnósticos ou mais), alta vulnerabilidade social e dependência de cuidados.

Os usuários classificados com nível 0 não apresentaram dados suficientes para sua classificação quanto ao risco para doenças cardiovasculares.

Quadro 7- Classificação de risco dos usuários diabéticos da ESF 2 – Centro de Saúde Guarani, no município de Belo Horizonte, 2017.

| Sexo | CLASSRISCO | Frequency | Percent | Cum. Percent |
|-------------|-------------------|------------------|----------------|---------------------|
| Masculino | 0 | 8 | 10,26% | 10,26% |
| | 1 | 3 | 3,85% | 14,10% |
| | 2 | 1 | 1,28% | 15,38% |
| | 3 | 55 | 70,51% | 85,90% |
| | 4 | 11 | 14,10% | 100,00% |
| | Total | 78 | 100,00% | 100,00% |
| Sexo | CLASSRISCO | Frequency | Percent | Cum. Percent |
| Feminino | 0 | 13 | 9,09% | 9,09% |
| | 1 | 4 | 2,80% | 11,89% |
| | 2 | 4 | 2,80% | 14,69% |
| | 3 | 92 | 64,34% | 79,02% |
| | 4 | 30 | 20,98% | 100,00% |
| | Total | 143 | 100,00% | 100,00% |

Fonte: para fins deste estudo, tabela gerada no programa Epiinfo 7.0.

A classificação dos usuários é importante para que seja possível elaborar e implementar ações destinadas ao perfil de cada grupo de risco. Com a ajuda da equipe de saúde da família organizaram-se ações para resolver os nós críticos 6 e 7 referentes à população com risco de desenvolver a doença e a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento na Equipe 02 do PSF Guarani, município de Belo Horizonte/Minas Gerais.

Quadro 8 – Operações sobre os “nós críticos 6 e 7” relacionados aos problemas “Falta de trabalho com a população com risco de desenvolver a doença” e “Pouca adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do Centro de Saúde Guarani, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

| | |
|---------------------------------------|--|
| Nós críticos 6 e 7 | Falta de trabalho com a população com risco de desenvolver a doença. Pouca adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento. |
| Operação | Organizar as ações de acordo com o perfil de cada usuário diabético |
| Projeto | Acesso e cuidado aos usuários diabéticos |
| Resultados esperados | Incentivar e monitorar a adesão ao tratamento Realizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos dos usuários diabéticos grau leve Monitorar a continuidade do cuidado. Realizar palestras educativas para a comunidade atendida. |
| Produtos esperados | Ações sistemáticas de atenção à saúde. |
| Recursos necessários | Estrutural: Espaço físico para realização de grupos e palestras, consultórios. Cognitivo: Profissionais capacitados, alunos, residentes. Político: interesse da equipe e adesão do gestor. |
| Recursos críticos | Político: interesse da equipe e adesão do gestor. |
| Controle dos recursos críticos | Manutenção do sistema de classificação de risco pela equipe |
| Ações estratégicas | Apresentação dos resultados em encontros mensais com a equipe |
| Prazo | 01 mês – agendar consultas individuais para os casos de alto risco 02 meses – organizar visitas ou gestão de caso para os |

| | |
|--|--|
| | usuários de muito alto risco junto ao NASF. 03 meses – realizar reunião com o grupo de usuários com risco moderado 04 a 06 meses - organizar ações de promoção da saúde aos usuários com risco baixo e população em geral. |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos e NASF |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | O monitoramento será feito pelas equipes que deverão avaliar a demanda e a continuidade do trabalho Os usuários deverão avaliar o atendimento da equipe. |

A organização desse projeto resultou em ações sistemáticas no atendimento de usuários diabéticos no centro de saúde, conforme abaixo.

Quadro 9 - Planejamento de atendimentos e ações aos usuários diabéticos da equipe 2 do Centro de Saúde Guarani, 2017.

| Estratificação de Risco | Quantidade | Ação |
|--|-------------------|--|
| Para todos os usuários com Risco Baixo | 17 usuários | Prevenir riscos cardiovasculares (Hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo) por meio da promoção da saúde (alimentação saudável, cuidado com os pés, atividade física) e ações educativas. |
| Para os usuários que apresentaram Risco Moderado | 15 usuários | Propostas de intervenções em grupos e que considerem o monitoramento dos riscos individuais e biopsicológicos dos usuários compreendendo o apoio da família. |
| Para os usuários com risco alto | 147 usuários | Propostas de intervenções na gestão da condição de saúde com a realização de monitoramentos e de um plano de cuidado |

| | | |
|---------------------------------------|-------------|---|
| | | individualizado por meio de consultas individuais |
| Para os usuários com Risco Muito Alto | 41 usuários | Gestão de casos com abordagem multiprofissional pelo NASF, a fim de reabilitar e auxiliar o usuário na coordenação do cuidado |

Fonte: Elaborado pela autora.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a prevalência de Diabetes Mellitus e melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento não foi tarefa fácil. Na atenção primária à saúde, apesar dos indicadores relacionados ao número de usuários com doenças crônicas se apresentarem cada vez maiores, as agendas das equipes de saúde da família têm ficado sobrecarregadas com o número de atendimentos da demanda espontânea prejudicando o planejamento e monitoramento daqueles usuários potencialmente graves.

Com este projeto foi possível perceber o quanto o conhecimento das equipes sobre o perfil dos usuários e do território onde estes estão inseridos, é importante. Este conhecimento proporciona aos profissionais o planejamento das ações de forma coerente com as necessidades de saúde de cada usuário e, portanto, o atendimento de forma integral e adaptado às características de saúde de cada usuário, se concretiza.

Os dados estatísticos demonstram que o quantitativo de usuários portadores de Diabetes Mellitus é significativo no Centro de Saúde. Demonstra ainda, que o maior quantitativo da população estudada é composto por usuários com potencial risco de desenvolvimento de cardiopatias e neuropatias. Portanto, o controle e monitoramento contínuo destes usuários são de extrema necessidade e de responsabilidade dos profissionais do Centro de Saúde.

Por meio da estratificação de risco foi possível traçar o perfil dos usuários portadores de Diabetes Mellitus e com isso propor intervenções coerentes com as necessidades de cada usuário. Ainda pela estratificação de risco, os profissionais tem a possibilidade de realizar a coleta de informações dos usuários portadores de Diabetes Mellitus, classificar os usuários, traçar as prioridades e planejar as ações.

O planejamento das ações só foi possível porque houve o envolvimento de toda equipe e serão realizadas sabendo do impacto significativo e positivo

que tais ações terão no serviço de atenção primária à saúde e para os usuários.

A maior dificuldade nesse processo foi a captação dos dados dos usuários, pois as informações são frágeis e conseguimos analisar apenas metade da população que convive com o Diabetes.

Entendemos que esses primeiros esforços nos ajudam a trabalhar baseados em evidências, o que reforça nosso compromisso de profissionais com a saúde pública.

REFERENCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical Practice Recommendations 2003. Diabetes Care. 2003; 26(Suppl 1):1-156.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Linha guia de hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença renal crônica da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, versão 2013. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf

BRASIL, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica, n 16. Brasília: Ministério da saúde, p.56, 2006.

BRASIL. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica –SIAB, 2015.

BRASIL. DATASUS. Ministério da Saúde. Diabetes. Dados Estatísticos 2015. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.fm?idtxt=29793&janela=1>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CAMPOS, Helena Guimarães. História de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG: Lê, 2010.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A.; Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A.. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

GROSS JL, SILVEIRO SP, CAMARGO JL. Diabetes mellitus: diagnosis, classification and glucose control evaluation. Arq Bras Endocrinol Metab 2002; 46:16-26.

MATTOS, P.E. *et al.* Tendências da mortalidade por diabetes mellitus em capitais brasileiras, 1980-2007. RJ, 2012.

MENDES, E.V. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília 2012

MORAIS, G.F. C *et al.* O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. RJ, p. 5-240, abr-jun 2009.

OCHOA-VIGO K, TORQUATO MTCG, SILVÉRIO IAS, QUEIROZ FA, DE LA TORRE UGARTE-GUANILO MC, PACE AE. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. Acta Paul Enferm 2006; 19:296-303.

PIOLA, SF., et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde Brasileiro : estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

Vol. 4. pp. 19. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes/2013-2014; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

TURCI, M. A. Avanços e Desafios na organização da atenção da Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 432p

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.