

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

RAQUEL DE SOUZA SILVA COLLETE

**SUBDIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE 064, CONTAGEM, MINAS GERAIS.**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS
2018

RAQUEL DE SOUZA SILVA COLLETE

**SUBDIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE 064, CONTAGEM, 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

Orientador: Professor (a) Dra Marília Rezende da
Silveira

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2018

RAQUEL DE SOUZA SILVA COLLETE

**SUBDIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE 064, CONTAGEM, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professor (a). Dra Marília Rezende da Silveira

Professor (a). Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em ---de ----- de2018.

RESUMO

O médico atua de maneira eficaz na prevenção, tratamento e redução de sintomas relacionado ao diabetes mellitus, evitando que ocorra agravamento da doença, entendendo como será realizada a intervenção médica e multiprofissional no subdiagnóstico da patologia relacionada. O estudo teve como objetivo a elaboração de uma proposta de intervenção para a adesão de pessoas com diabetes mellitus ao tratamento, moradoras da comunidade atendida pela equipe da Unidade Básica de saúde 064, bairro Santa Helena do município de Contagem. Para fundamentar a proposta foi feita pesquisa na biblioteca virtual de saúde com os seguintes descritores: estratégia saúde da família, atenção primária à saúde, diabetes mellitus, além de pesquisas nos programas do ministério da saúde. A partir destas informações serão trabalhadas atividades para melhorar a informatização dos pacientes evitando piora ou desenvolvimento da patologia, prevenindo internações, e traumas como a perda de um membro, apontando benefícios e técnicas que propiciam melhor qualidade de vida. A proposta de intervenção se baseou no planejamento estratégico situacional com detecção do problema, desenho das operações, seleção dos nós críticos, análise da viabilidade do plano. Espera-se com a implementação das ações propostas, melhorar o controle do diabetes mellitus com uma correta adesão ao tratamento dos pacientes atendidos nesta área de abrangência, melhorando assim a qualidade de vida desse usuário.

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

ABSTRACT

The medical professional acts effectively in the prevention, treatment and reduction of symptoms related to diabetes mellitus, preventing the occurrence of illness, understanding how medical and multiprofessional intervention will be performed in the subdiagnosis of the related pathology. The purpose of this study was to prepare a proposal for intervention for the adherence of people with diabetes mellitus to the treatment, residents of the community served by the team of PSF 064, Santa Helena neighborhood of the municipality of Contagem. To substantiate the proposal, a research was done in the virtual library of health bibliographies with the following descriptors: family health strategy, primary health care, diabetes mellitus, Contagem, besides research in health ministry programs. From this information, we will work to improve the computerization of patients avoiding worsening or development of the pathology, preventing hospitalizations, and traumas such as the loss of a limb, pointing out benefits and techniques that provide a better quality of life. based on situational strategic planning with problem detection, design of operations, selection of critical nodes, analysis of the feasibility of the plan. The implementation of the proposed actions is expected to improve the control of diabetes mellitus with a correct adherence to the treatment of the patients served in this area of coverage, thus improving the quality of life of this user.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Diabetes Mellitus, Count.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESUS	Estratégia Sistema Único de Saúde
FR	Fatores de Risco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIOPS	Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1--Distribuição da população por grupos etários. PSF 064 Contagem 2018_____16

Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 64, Unidade Básica de Saúde Santa Helena, município de Contagem, estado de Minas Gerais_____18

Quadro 3- Intervenções necessárias ao aumento de eficácia das ações dirigidas ao bom controle do diabetes._____26

Quadro 4- Levantamento de dados dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus da _____ equipe _____ 064 _____ em 2018_____26

Quadro 5— Operações sobre “subdiagnóstico do diabetes mellitus” relacionado ao problema “auto cuidado e cor-responsabilização do usuário quanto a diminuir os agravantes da doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 064, do município Contagem, estado de Minas Gerais._____31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA	19
5 REFERÊNCIA TEÓRICA	20
5.1 Estratégias Saúde da Família	20
5.2 O Diabetes Mellitus	21
5.3 Prevalências do Diabetes Mellitus na saúde Brasileira	22
5.4 Estilos de vida e tratamento não farmacológico	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrições do problema selecionado	25
6.2 Explicações do problema selecionado	26
6.3 Seleções dos nós críticos	27
6.4 Desenhos das operações	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERENCIAS	33

1- INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Contagem

De acordo com o Censo de 2010, o município de Contagem possui 600.464 habitantes e sua economia é baseada, principalmente no comércio (30,65%) e na indústria (25,71%). Em diversificada pauta de exportação se destacaram em 2012 os veículos de grande porte para construção (14,42%), carbonato de magnésio (14,30%), tijolo refratário (9,26%), fio de ferro (6,77%) e transformadores elétricos (5,09%). (IBGE 2010)

Quanto à evolução histórica, a cidade praticamente triplicou o montante exportado de 2000 para 2012, passando de 150 milhões de dólares para quase 450 milhões de dólares. A extensão territorial é de 132,1 km², sendo 63,1 km² em zona urbana e 195,2 km² em zona rural (IBGE, 2010)

Atualmente a cidade está passando por uma reestruturação política, após as últimas eleições. O partido atual era oposição ao antigo, e está tentando estruturar a cidade no âmbito da saúde, educação e segurança pública, principalmente. Infere-se que estes setores foram marcados pelo descaso dos governantes nos últimos anos.

1.2 O sistema municipal de saúde

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, a cidade possui sete distritos sanitários, contudo apenas 57,8% da população é coberta pelo programa de saúde da família-PSF, Coexistem unidades de saúde que seguem o modelo antigo e parcela significativa da população não é beneficiada com o acompanhamento da equipe.

As transferências de recursos são feitas fundo a fundo pelos âmbitos federal e estadual, por ter gestão plena do sistema. Ou seja, uma parcela dos recursos da saúde vem do município e outra parcela das esferas estadual e federal. (SIOPS)

A cidade conta com 18 UBS, 86 equipes de Saúde da Família, equipes do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF), equipes de saúde bucal, além de uma Unidade de Atendimento Imediato de Média Complexidade, um Centro de Consultas

Especializadas, um Centro de Referência da Mulher, um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e dois Centros de Atenção Psicossocial. Em relação aos serviços de urgência e emergência, existem na cidade cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A população conta com uma maternidade e um hospital municipal, três postos de coleta de exames laboratoriais, 14 farmácias. Cada distrito sanitário possui uma equipe de vigilância à saúde. O município estabeleceu consórcio com dois municípios limítrofes, Sarzedo e Ibirité, para atendimento de pacientes (CONTAGEM, 2018)

1.3 A comunidade e a UBS Santa Helena, a Equipe de Saúde da Família 64, seu território e sua população.

A comunidade do bairro Santa Helena conta com pouco mais de 8.000 habitantes e se localiza próximo à prefeitura de Contagem, em um bairro com boa estrutura. As ruas são asfaltadas e possuem 100% de cobertura de saneamento básico. As moradias são de alvenaria, algumas confortáveis e outras pequenas e com pouca ventilação.

A população é cordial e frequenta o Centro de Saúde, mantendo no geral bom relacionamento com os profissionais. Nos últimos anos, a demanda da população pelos serviços da UBS tem aumentado, em virtude da crise econômica, que levou muitos pacientes a perderem os convênios de saúde.

No bairro há duas escolas, uma municipal e outra estadual. Os adultos trabalham em Contagem ou nas cidades vizinhas. A população conta com serviços oferecidos por projetos comunitários e da prefeitura, como hidroginástica e ginástica na praça. A violência tem crescido nos últimos anos, trazendo tensão para moradores e profissionais. Os serviços de coleta de lixo e saneamento básico contemplam 100% da população adscrita pela UBS.

Na UBS trabalham duas equipes de saúde da família: a equipe 64 e a equipe 65. As equipes têm apoio do NASF, que conta com profissionais de fisioterapia, pediatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e ginecologia.

A Unidade de Saúde de Santa Helena, que abriga as Equipe 64 e 65, foi inaugurada há cerca de 18 anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com a prefeitura. É uma casa própria, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa é

antiga e está mal conservada, com mofo e sujeira nas paredes. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida com cerca de 8.000 pessoas.

A área destinada à recepção é pequena e improvisada, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Na sala de reuniões também não há cadeiras para todos, o que dificulta a realização de grupos educativos com os usuários. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde e está mobilizada, juntamente com os profissionais, para melhorar a unidade.

A Unidade de Saúde funciona das 7:00h às 17 horas. Devido à falta constante de profissionais de enfermagem no município, os agentes comunitários de saúde -ACS estavam se revezando no serviço de retirada de prontuários e pesagem dos pacientes. Com a chegada de técnicas de enfermagem, os ACS's foram todos direcionados para suas atividades de visita. O novo prefeito instaurou a abertura da UBS às 7h, uma hora antes do horário costumeiro. Como não há funcionários suficientes, das 7h às 8h funciona o setor administrativo, e a partir das 8h os profissionais de saúde chegam para começar o atendimento aos usuários, deixando a unidade às 17h, com jornada de 8 horas de trabalho.

A equipe 64 é formada por seis ACS, uma enfermeira, que trabalha na equipe há 16 anos e conhece bem a realidade da população e, uma médica que ingressou na equipe há dez meses e atende uma população de 4251 pessoas (SIAB maio/2018).

O tempo da Equipe 64 está ocupado exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea, sendo maior parte, com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, renovação de receitas e alguns grupos educativos.

Os grupos foram reiniciados há pouco tempo, numa tentativa de trazer novamente os doentes crônicos para as atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. Atualmente não há horário definido para as reuniões de equipe, que

acontecem a cada uma vez ao mês, e quando há necessidade de alguma resolução pontual.

O quadro 1 mostra claramente os grupos etários inseridos ao PSF, de modo a evidenciar a quantidade de indivíduos por idade.

Quadro 1- Distribuição da população por grupos etários. ESF 064 Contagem 2018.

Distribuição da população por grupos etários. ESF 064 Contagem 2018.			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0-1 ano	19	31	50
1-4 anos	38	46	84
5-14 anos	107	169	276
15-19 anos	372	328	700
20-29 anos	403	365	768
30-39 anos	377	394	771
40-49 anos	199	207	406
50-59 anos	255	301	556
60-69 anos	144	141	285
70-79 anos	98	113	211
80 anos e mais	65	79	144
TOTAL	2077	2174	4251

*Fonte ESUS (2018)

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

Após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, foi possível visualizar com mais clareza os problemas enfrentados no cotidiano da equipe. Alguns problemas somente puderam ser identificados após a análise dos dados obtidos e outros após o diálogo com a equipe. Alguns membros da comunidade, mais engajados com os problemas locais também foram consultados, e apontaram algumas dificuldades enfrentadas no funcionamento do sistema de saúde, e que não são necessariamente específicos da área de abrangência da nossa UBS, mas sim problemas do município como um todo.

Os problemas foram listados a seguir:

- Violência crescente na cidade.
- População e profissionais de saúde insatisfeitos.
- Subdiagnóstico de Diabetes Mellitus.
- Grande parcela da população não é coberta pela ESF.
- Laboratório deficiente.
- UPA's superlotadas.
- Doenças psiquiátricas sem controle adequado; por falta de profissional.
- Demora nos agendamentos para algumas especialidades.
- Contra referência inexistente.
- Falta medicação nas farmácias do município.
- Rastreamento de câncer de próstata insuficiente.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Após uma reunião com a equipe, foi construído um quadro, no qual os problemas identificados foram categorizados de acordo com a sua importância e impacto na comunidade e no cotidiano dos profissionais de saúde. Para tal, foi utilizada a sugestão do texto “Elaboração do plano de ação” (MORENO, 2016) e os problemas

foram priorizados a partir dos seguintes critérios: a importância do problema (impacto), sua urgência e a capacidade de enfrentamento pelos profissionais e comunidade.

O quadro 2 apresenta os problemas de saúde /doença, encontrados na população adscrita, enfatizando a importância da escolha em intervir, com maior afinco na saúde dos portadores de diabetes mellitus.

Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 64, Unidade Básica de Saúde Santa Helena, município de Contagem, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Violência crescente na cidade	Alta	9	Moderado	3
População e profissionais de saúde insatisfeitos	Alta	10	Moderado	2
Subdiagnóstico de Diabetes Mellitus	Alta	9	Moderado	2
Grande parcela da população não é coberta pela ESF	Alta	7	Fora	5
Laboratório deficiente	Alta	5	Fora	5
UPA's superlotadas	Alta	7	Moderado	4
Doenças psiquiátricas sem controle adequado	Alta	9	Moderado	4
Demora nos agendamentos para algumas especialidades	Alta	7	Fora	6
Contra referência inexistente	Média	5	Moderado	5
Falta	Alta	9	Fora	5

medicação nas farmácias do município				
Rastreamento de câncer de próstata insuficiente	Alta	7	Moderado	4

Fonte: Autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, moderado ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Após realizada a priorização dos problemas, foi escolhido o problema “Subdiagnóstico de Diabetes Mellitus”, por saber que este problema tem interferido profundamente na qualidade de vida dos pacientes usuários da UBS, como será explicado mais adiante.

Outros problemas muito relevantes também mereceram destaque, como é o caso da “Violência crescente na cidade” e da “insatisfação da população e dos profissionais de saúde”.

O problema da violência foi bastante discutido na equipe, principalmente pelos ACS's, informando os frequentes assaltos aos profissionais da saúde nas ESF.

Identificamos, como causas da violência crescente, a falta de espaços de lazer para a população, a falta de escolas profissionalizantes para os adolescentes, o desemprego, bem como a crise econômica e política nacional. Como consequências da violência, ressaltamos a sensação de insegurança vivida pela população e pelos profissionais, o aumento dos casos de ansiedade na população, a população mais reclusa em casa, que não se sente segura para as atividades de lazer na rua.

Vamos abordar a seguir o problema do “Subdiagnóstico de Diabetes Mellitus”.

2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes mellitus é considerado um problema de saúde pública com alta taxa de prevalência em todo o mundo e se não tratada traz riscos e complicações para o indivíduo podendo levar à incapacidade e à morte. Ações interdisciplinares são importantes para prevenir e controlar a doença e suas complicações e, a estratégia de saúde da família, é um locus privilegiado para identificação, prevenção e tratamento dessa doença.

Na área de abrangência de nossa equipe de Saúde existe um grande contingente de “Subdiagnóstico de Diabetes Mellitus”, e os principais pontos identificados e que descrevem de forma mais concreta o problema são os seguintes:

- Falta de conhecimento do paciente acerca do tipo de diabetes que possui é facilmente percebida no auto manejo da doença, uso de medicação, incremento da atividade física, seguimento do plano alimentar, cuidados com os pés, dentre outros onde o paciente não se auto responsabiliza no cuidado preventivo da doença e de seus agravos, não sendo utilizada, por tanto, profilaxia habitual.
- Dificil acessibilidade a casa do paciente, devido horários de trabalho ou rotina da família, como acordar tarde e possuir plano de saúde, negando assim as visitas multiprofissionais da ESF.
- UBS com espaço físico insuficiente, com área de recepção pequena e salas de atendimento apertadas e amontoadas de móveis.
- Sala de grupo operativo pequena, sem cadeiras suficientes para acomodar os pacientes portadores de Diabetes Mellitus, além de apresentar mofo, vazamentos no teto em períodos chuvosos e ausência de equipamentos tecnológicos para dinamizar os trabalhos preventivos.
- Falta de equipamentos básicos que causa, sensação de insegurança, pois quando surge algum caso de gravidade, os profissionais se sentem de “mãos atadas”, impossibilitados de fazer uso de suas habilidades para ajudar o usuário, uma vez que não há medicamentos ou qualquer suporte para alívio de sintomas graves. Por sua vez, o usuário se sente frustrado, o que compromete a confiança e a relação entre comunidade-ESF.

A melhoria deste problema é ansiada por todos há muitos anos, mas a solução do mesmo não cabe apenas ao âmbito da UBS. Sabemos que a falta de investimento na infra estrutura é um grande causador destas questões.

3 OBJETIVOS

Geral:

Apresentar um projeto de intervenção para melhorar o autoconhecimento do usuário com a equipe multiprofissional da ESF 064 Contagem, sobre a doença Diabetes Mellitus, viabilizando a tomada de medidas terapêuticas por meio do médico e de toda a equipe.

Específicos:

Levantar população e características dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus da equipe 064.

Organizar junto a equipe uma dinâmica humanizada e equitativa a ser trabalhada com essa população.

Programar atividades de cunho preventivo na UBS e nos espaços existentes na comunidade.

Realizar ações eficazes onde a médio e longo prazo viabilizem melhora significativa no autoconhecimento da doença e consequentemente diminuição de agravos.

Levantar uma proposta de atendimento clínico, abrangente, aprofundando na saúde-doença do paciente, levantando história da moléstia pregressa, moléstia atual e história familiar.

4 METODOLOGIA

Na construção do trabalho foi realizado primeiramente um diagnóstico situacional da equipe e da sua área de abrangência. Visando caracterizar, a equipe utilizou-se de dados secundários de sistemas de informação, como Estratégia do Sistema único de Saúde-E-SUS e dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde- SMS, além de coleta de informações por meio de reuniões semanais com os profissionais de saúde da UBS.

Incluiu ainda, pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Scientific Eletronic Library On Line (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) com os descritores: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus.

Além disso, para a construção deste projeto de intervenção, foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O PES possibilitou a identificação e a priorização do problema, objeto desse plano de ação, a descrição, explicação e identificação dos nós críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Essa etapa contou com a colaboração da equipe de saúde.

Sendo assim, foram levantados os principais entraves que afetavam os pacientes portadores do Diabetes Mellitus, desenvolvendo após a priorização destes contratempos, a partir de critérios como a importância do problema, sua urgência e a capacidade de enfrentamento pela equipe envolvida.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Estratégia Saúde da Família

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (ROSA, W.A.G., LABATE 2005).

O PSF, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. Esta proposta luta para substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o *locus* de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade. O desafio que se coloca é a transformação na reforma sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário. (COSTA, 2008).

O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o

indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família. (ROSA, W.A.G., LABATE 2005).

5.2 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus é um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade, tanto em termos da incidência e prevalência, de morbidade e da mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no seu controle e tratamento de suas complicações. Do total de casos de diabetes, 5 a 10% dos casos são diagnosticados como tipo I, 90% da doença do tipo II e 2% considerado secundário ou associado a outras síndromes. (MEDEIROS; ALMEIDA; ARAUJO, 2014).

O diabetes Mellitus é considerado como uma das principais doenças crônicas no mundo, devido a sua alta prevalência, independente da forma que se adquire a doença.. Esta doença se mostra no organismo com o aumento da glicose no sangue, hiperglicemia, devido à má absorção do hormônio insulina produzida no pâncreas. A insulina é responsável por transportar a glicose para as células e dessa forma se distribuir por todo o corpo ocasionando energia para fazer as atividades de vida diária, com a falta desse hormônio, o transporte fica deficiente o que ocasionará em um desequilíbrio no corpo humano.

Segundo Marcelino e Carvalho (2005) o diabetes é uma doença crônica, caracterizada pela elevação da glicose (açúcar) no sangue acima da taxa normal (hiperglicemia). A taxa normal é de aproximadamente 60 a 110 mg%. Ele é causado por fatores genéticos, ambientais, isto é: a pessoa quando nasce já traz consigo a possibilidade de ficar diabética. Quando, aliado a isso, se traz fatores como obesidade, infecções bacterianas e viróticas, traumas emocionais, gravidez etc.

De acordo com Gama (2002) o Diabetes é denominado “Diabetes Mellitus”, que em latim significa mel, onde era se observado que a urina dos portadores da doença estava adocicada. O diabetes só adquire a terminologia mellitus no século primeiro depois de Cristo.

Os sintomas do diabetes mellitus são muitos, dentre eles o indivíduo portador da doença, pode apresentar: polidipsia, poliúria, polifagia, sonolência, dores generalizadas, retinopatia, nefrologia, nefropatia e edemas. *The Internacional Consensus* (1999) afirma que os sintomas e sinais relacionados com a angiopatia são dependentes, essencialmente, da macroangiopatia com suas lesões extenuantes, que leva a redução de fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, a redução dos nutrientes para os tecidos. Assim, a redução de fluxo sanguíneo pode promover o aparecimento de claudicação intermitente, dor de repouso, alteração de coloração – pele pálida ou cianótica – alteração da temperatura da pele como hipotermia, alterações tróficas dos tecidos como atrofia de pele, subcutâneo, músculos e de fâneros como rarefação de pelos e unhas quebradiças. Deve-se, portanto, proceder-se a palpação dos pulsos femorais, poplíteos, tibiais posteriores e pediosos ou pelo menos dos dois últimos.

Para Marcelino e Carvalho (2005), há basicamente dois tipos de diabetes: tipo I e tipo II. Além de suas diferenças na sintomatologia e tratamento, elas se diferenciam na população que atingem. O diabetes tipo I atinge crianças e adolescentes, já o tipo II atinge principalmente a população entre 30 e 69 anos, embora hoje já se observe este quadro também em crianças devido a obesidade e ao sedentarismo infantil.

A doença diabetes mellitus tipo II, é silenciosa e, quando não controlada, pode causar em todo organismo conseqüências traumáticas e irreversíveis, como a amputação do pé.

A neuropatia periférica é encontrada de maneira corriqueira nos pacientes com diabetes mellitus. É uma lesão nos nervos devida o aumento da glicose. Ela

mostra um alerta para doenças cardiovasculares, e para futuras amputações de membros inferiores. (Marcelino e Carvalho 2005)

As doenças vasculares ocorrem em geral de maneira precoce em pacientes diabéticos, as paredes epiteliais são mais calcificadas do que em indivíduos não portadores da doença, sendo esse achado, diagnosticado por meio de radiografia de membro inferior. (Marcelino e Carvalho 2005)

5.3 A Prevalência do Diabetes Mellitus na saúde brasileira

Segundo da revista Brasileira de Epidemiologia (Malta , Szwarcwald 2017) o diabetes *mellitus* (DM) é um agente importante no quesito de morbidade e mortalidade mundial. Estimativas indicam que 382 milhões de pessoas vivem com DM (8,3%) no mundo, e acredita-se, ainda, que aproximadamente 50,0% dos diabéticos não tem o conhecimento de sua patologia e que 5,1 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos faleceram por consequência do diabetes em 2013, denotando até 2030 a sétima causa mais importante de morte em todo o mundo.

Não diferente do perfil mundial, o Brasil, também apresenta grande preocupação. Ocupando em 2013, a quarta posição entre os países com maior número de pessoas diabéticas, contando com 11,9 milhões de casos, nos doentes com idade de 20 a 79 anos. O aumento exacerbado da incidência e prevalência em todo o mundo da doença, se dá devido ao envelhecimento da população, obesidade, sedentarismo e urbanização. Este cenário tem gerado gastos financeiros altos ao paciente e ao sistema de saúde. Também deve-se observar a escassez de estudos analíticos da população Brasileira, portadora do diabetes mellitus, o que com um olhar mais acolhedor deve ser priorizado, a fim de evitar que agravos de fato ocorra pois se trabalhos preventivos, não ocorrerem efetivamente, levará a um grande número de doentes ao óbito. (Revista Brasileira de Epidemiologia 2017)

“Um estilo de vida saudável influencia bastante na prevenção de várias doenças, além de aumentar o bem-estar físico e mental do indivíduo” (FERREIRA; SILVA; GENESTRA, 2009, p. 92)

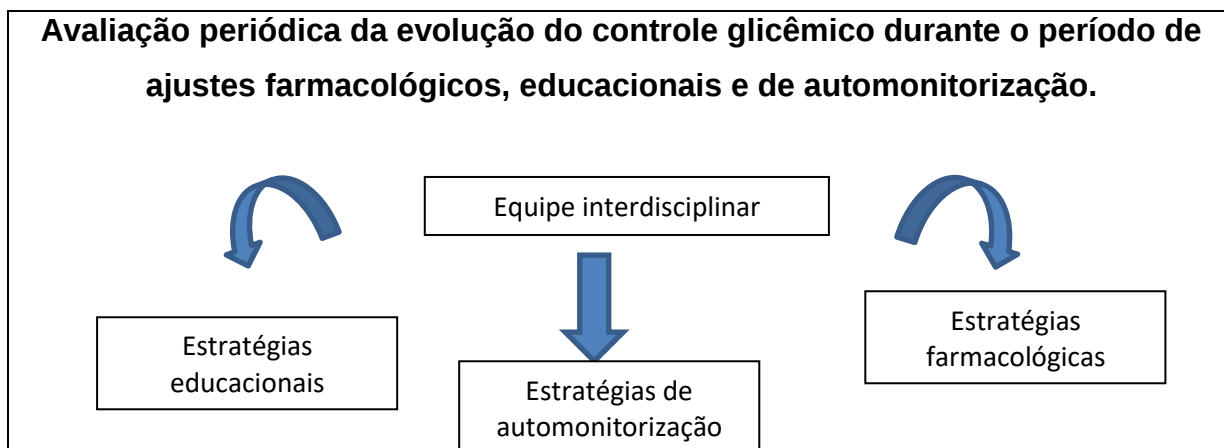
5.4- Estilos de vida e tratamento não farmacológico

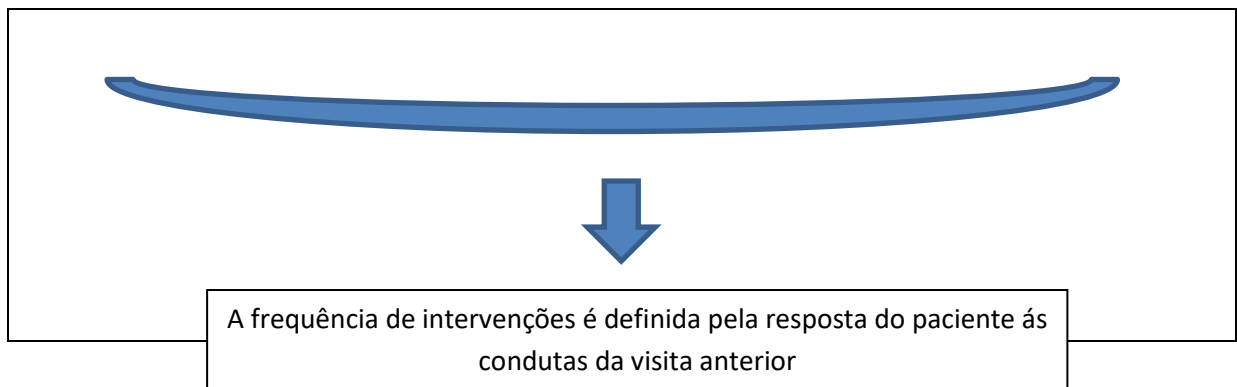
A probabilidade de um tratamento com sucesso para os pacientes portadores do diabetes mellitus, depende de três modalidades intervencionais: estratégias educacionais, estratégias de automonitorização e estratégias farmacológicas. Estas estratégias devem ser feitas com a equipe interdisciplinar, e esta deve estar qualificada e atualizada para exercer as atividades em saúde.

Deve-se sempre observar os costumes do paciente portador da doença diabetes mellitus, sua vivência familiar e social. Essa avaliação minuciosa é de grande valia para o bom desempenho e melhora de sua condição em saúde. O envolvimento da família é desejável e positivo.

A figura 1 mostra como deve-se realizar uma avaliação periódica da evolução de um controle sistêmico do diabetes mellitus, levando em consideração os ajustes farmacológicos, educacionais e autonomia, sendo por tanto um bom indicador de tratamento.

Figura 1 – “Avaliação periódica da evolução do controle glicêmico durante o período de ajustes farmacológicos, educacionais e de automonitorização.”





*Fonte SBD (2017)

Segundo Bezerra et al. (2014) para ter um atendimento visando o paciente como um todo, a equipe deve trabalhar de forma multidisciplinar o tratamento com o paciente diabético inserindo profissionais como: ACS, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas, e demais profissionais que contribuem nas questões alimentares, de obesidade, de depressão, tabagismo e alcoolismo.

O indivíduo que tem acesso ao tratamento, encontra conhecimento e oportunidade para mudar sua realidade em saúde, explanando a ele, um horizonte inovador e com oportunidade de conviver de forma saudável e harmoniosa com sua doença, e a partir deste encontro, ter uma vida em sociedade mais independente (JACMA et al., 2015).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Subdiagnóstico do Diabetes Mellitus”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Os pacientes portadores da doença, diabetes mellitus, da comunidade atendida pela UBS 064, são, em sua maioria, moradores antigos, e usuários de longa data, sendo assim conhecedores do SUS ofertado e da dinâmica existente pela equipe atuante. Mas, apesar deste convívio pacífico entre equipe-usuário, existe uma resistência por parte dos pacientes em serem assíduos em encontros e/ou consultas onde o objetivo é apresentar um olhar global sobre sua patologia.

O quadro 4 apresenta um levantamento dos pacientes portadores de diabetes mellitus e suas características mais marcantes, quanto ao tratamento e negligência do mesmo.

Quadro 4- Levantamento de dados dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus da equipe 064 ESF Santa Helena- Contagem 2018.

Diabetes Mellitus	Total	Porcentagem
Pacientes portadores de diabetes mellitus	105	100%
Possuem plano de saúde	21	25%
Pacientes que não se preocupam com a alimentação adequada	84	80%
Pacientes que fazem uso de medicações	103	99%
Pacientes que se consideram acima do peso	21	25%
Pacientes que não realizam atividade física	94	90%

*Fonte ficha do ESUS, prontuários médico e de enfermagem

Em 2018 foram contabilizados por meio dos dados da ficha ESUS, nutrida nas visitas domiciliares dos ACS e prontuários de atendimento clínico e de enfermagem, 105 portadores de diabetes mellitus acompanhados pela UBS 064.

Destes, 25% possuem convênio particular e não realizam consultas médicas na unidade, procurando a UBS para outros procedimentos. 25% se consideram acima do peso, 80% dizem não se preocupar em realizar uma alimentação adequada, 99% utilizam apenas de drogas para regularização da doença, e 90% não realizam nenhum tipo de atividade física.

Estes achados levam a um entendimento de déficit, quanto à principal ferramenta da atenção básica, que é a prevenção de doença, e/ou o agravamento da mesma. Tem-se percebido uma sobrecarga nas consultas de média e grande complexidade, os encaminhamentos para especialidades como cardiologia, dermatologista, fisioterapia, nutricionista, psicologia, dentista, especialista em pé diabético, e outros tem sido cada vez mais requisitados, pois é cada vez mais, encontrado no consultório, o agravamento da doença.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

As questões descritas anteriormente são de grande relevância para melhoria da saúde desta população, são percebidas nas consultas e visitas domiciliares; como o descaso no auto cuidado no quesito a má higienização do corpo, o uso de calçados inadequados, roupas desconfortáveis, negligências quanto ao uso de protetores solares, alimentação inadequada e pouca hidratação; além de falta de entendimento e organização quanto à administração correta de medicamentos; o não cooperativismo por parte dos integrantes da família do doente, e a falta de compreender pelo usuário, as complicações que agravam a doença.

O horário de funcionamento da UBS é comercial, e por essa razão, é percebido cada vez mais uma diminuição da procura por consultas na ESF e quando feito

tentativa de visitas domiciliares, a equipe se depara com um grande número de casas fechadas.

Além destes achados, deve-se ressaltar a falta de equipamentos básicos na UBS, como cadeiras, materiais tecnológicos e salas de atendimento individual e coletivo, os profissionais se sentem de “mãos atadas”, sem poder fazer uso de suas habilidades para ajudar o usuário, uma vez que não há curso de reciclagem sobre o tema, nem tão pouco material informativo atualizado para este fim, Por sua vez, os profissionais e o usuário se sentem frustrados, o que compromete a confiança e a relação entre comunidade-ESF.

A dinâmica atual de atendimento e a falta de cadeiras na sala de espera geram impaciência e nervosismo aos usuários, que ficam cansados de esperar pelas consultas e ocasiona um atendimento superficial, pois o paciente já não está disposto de paciência e nem de tempo para a ausculta, e insistir na tentativa de informação, se torna algo improdutivo. Como consequência destas questões, percebemos uma queda da qualidade dos atendimentos e um aumento das reclamações nos consultórios, sala de espera e visitas domiciliares.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos deste problema foram apontados com unanimidade pela equipe de saúde e pela população:

- Falta de investimento quanto a materiais tecnológicos, impressos, maquinários, melhoria de ambiente, e cursos de reciclagem de tempos em tempos, pela administração municipal no setor da saúde.
- Falta de interesse da população portadora do diabetes mellitus, em aprender e colocar em prática o auto cuidado.
- Descrença dos multiprofissional da UBS no auxílio em alavancar o auto cuidado do paciente.
- Falta de acessibilidade para os usuários que trabalham em horário comercial.
- Sobrecarga nas esferas secundárias e terciárias devido a falha de assistência na atenção básica.

Apesar de aparentar ser de difícil resolução, a população e a equipe se mostraram empenhadas na tentativa de solucionar os problemas encontrados e está se mobilizando a encontrar soluções para este nó crítico.

Planejamos realizar reuniões semanais com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e administrativos para levantamento de sugestões para solucionar o subdiagnóstico do diabetes mellitus.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

O quadro 5 mostra a problemática da auto- responsabilização do paciente portador da doença diabetes mellitus, com operações afim de resolver os pontos levantados.

Quadro 5 – Operações sobre “subdiagnóstico do diabetes mellitus” relacionado ao problema “auto cuidado e cor-responsabilização do usuário quanto a diminuir os agravantes da doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 064, do município Contagem, estado de Minas Gerais.

Nós críticos	Operação / projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de investimento, quanto a materiais tecnológicos, impressos, maquinários, melhoria de ambiente, e cursos de reciclagem de tempos em tempos, pela administração municipal no setor da saúde	1) “Saúde é a base de tudo”	Maior investimento do município no PSF.	Ofício assinado pela equipe de saúde e pela população do bairro santa helenia	Político: decisão de aumentar os recursos para investimento em saúde Cognitivo: elaboração de um documento para a prefeitura de contagem Financeiro: conseguir verbas para a saúde

Falta de interesse da população portadora do diabetes mellitus, em aprender e colocar em prática o auto cuidado.	2)“Eu me amo eu me cuido”	Melhora significativa nos hábitos de vida, no conhecer sobre a doença e adquirirem a postura de disseminadores de opinião	Grupos operativos. Abordagem ampla no momento das consultas, desde o acolhimento até o término de sua estadia na UBS. Visitas domiciliares mais frequentes com estratégias de percepção do indivíduo, família e ambiente.	Administrar o tempo nas agendas de procedimentos. Reuniões com discursões de casos de cada paciente e suas particularidades.
Descrença dos multiprofissionais da UBS no auxílio em alavancar o auto cuidado do paciente.	3)“Cada profissional é uma ferramenta importante neste processo”	Melhora no acolhimento, no olhar equilibrado e na corresponsabilização de cada funcionário quanto ao seu papel atuante.	Utilizar sala de reunião, com recursos de Datashow, cartazes e conhecimentos adquiridos ao longo do tempo com compartilhamento de informação de cada profissional.	Reuniões quinzenais de equipe visando o entender do papel de cada profissional como agente que possui o saber necessário para o usuário

Falta de acessibilidade para os usuários que trabalham em horário comercial	4) “Atenção aos usuários portadores de Diabetes Mellitus”	Melhora significativa no auto cuidado, e responsabilização do mesmo.	Dia “D”, realizado em um sábado, escolhido.	Disponibilidade de profissionais. Autorização distrital. Arrecadar material informativo e atrativo para este público.
Sobrecarga nas esferas secundárias e terciárias devido a falha de assistência na atenção básica.	5) “Prevenir é melhor que remediar”	Diminuição das demandas aos serviços secundários e terciários de saúde.	Cartilhas informativas, grupos operativos, consultas periódicas identificando e tratando pontos críticos a prevenção do agravo da doença.	Sala de reuniões, tecnologias como data shows, internet, equipe trabalhando junto desde convite domiciliar, agendamento, programação e busca ativa.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O quadro 6 levanta operações identificadas no quadro 5 com projetos de real alcance pela equipe de ESF, objetivando a diminuição dos agravos da doença DM .

Quadro 6- Operações sobre o subdiagnóstico do diabetes mellitus e projetos para diminuir os agravantes da doença, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 064, do município Contagem, estado de Minas Gerais.

Operação / Projeto	
1) “Saúde é a base de tudo” Ofício assinado destinado ao gestor	- Político: Decisão de aumentar os recursos para investimento em saúde
2) “Eu me amo eu me cuido” Melhorar hábitos e atividades de vida diária do paciente portador da doença.	Realizar grupos operativos. Fazer abordagem ampla no momento das consultas, desde o acolhimento até o término de sua estadia na UBS. Desenvolver visitas domiciliares mais frequentes com estratégias de percepção do indivíduo, família e ambiente.
3) “Cada profissional é uma ferramenta importante neste processo” Conscientização profissional	Realizar reuniões e treinamentos com os profissionais de saúde.
4) “Atenção aos usuários portadores de Diabetes Mellitus” Dia “D”, realizado em um sábado, escolhido.	Disponibilidade de profissionais. Autorização distrital. Arrecadar material informativo e atrativo para este público
5) “Prevenir é melhor que remediar” Diminuição das demandas aos serviços secundários e terciários de saúde.	Sala de reuniões, tecnologias como data shows, internet, equipe trabalhando junto desde convite domiciliar, agendamento, programação e busca ativa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Intervir no problema escolhido é de fundamental importância para melhorar o processo de trabalho da equipe e a qualidade do atendimento à população adscrita à equipe 64 da UBS Santa Helena.

O projeto elaborado prevê a participação ativa dos profissionais e também da população, de maneira que participarão de todo o processo, desde o levantamento dos problemas como também da intervenção.

As atividades propostas poderão aumentar a interação entre profissionais e população e resultarão na melhora significativa do paciente portados da doença, Diabetes Mellitus, retornando a ele auto estima, as atividades instrumentais de vida diária com participação ativa na sociedade, quanto a idas a igrejas, associações, praças, poder administrar seu dinheiro, fazer compras, e utilizar transporte; além de realizar suas atividades como boa higienização, alimentação e mobilidade.

É com entusiasmo que a equipe da UBS Santa Helena e a população envolvida se propõe a este projeto de melhoria da UBS, por compreender o controle e melhoria da qualidade de vida dos portadores do diabetes mellitus tipo 2, evitando assim a piora do quadro de saúde e aumentando a expectativa de vida com qualidade e produtividade.

REFERENCIAS

BEZERRA, F. S., CASTRO, F. M. DE. **Os cuidados essenciais com os pés : percepções de diabéticos ulcerados** 8(2), 9–19. (2014).

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. <Disponível em:>https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avalicao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 15/06/17.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Senso Demográfico 2010** [online] Disponível na internet via WWW URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/sociais/saude>. Arquivo consultado em 17 de dezembro de 2018.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
Contagem.mg.gov.br/debemcomavida/tag/secretaria-municipal-de-saude/2018.

COSTA, G.D. *et.al*. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

GAMA, M. P. R. (2002). Do milagre canadense do século XX às esperanças de cura do século XXI (Editorial). **Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental**, 2(2), 3-5.

JCMA, T., MAURICIO, F. TELES JCMA, SOUSA RS, SOUSA AM, GOMES PXL, **Baropodometria como um método de avaliação do equilíbrio em pacientes diabéticos**: FFU, v. 01, N°01, p.160 Ano 2015.

MARCELINO D.B. CARVALHO M.D.B. Universidade Estadual de Maringá Psicologia: Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Reflexão e Crítica**, v.18, N°04 p.67 Ano 2005.

MEDEIROS, P. H. DE, ALMEIDA, C., ARAUJO. Risco de amputação em polineuropatia diabética 11(13), 5–9. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa** Vol. 11 N°. 25 p. 8 , Ano 2014.

ROSA, W.A.G., LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem.**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 7ª Diretriz Brasileira de diabetes mellitus, **posicionamento oficial**- SBD-02-2017-ALGARITIMO–SBD-2017. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/.../diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.p..>

THE INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, ed: **ernational Consensus on the Diabetic Foot. Maastricht, Netherlands**: The International Working Group on the Diabetic Foot; 1999. [https://doi.org/10.1002/1520-7560\(200009/10\)16:1+<::AID-DMRR113>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1520-7560(200009/10)16:1+<::AID-DMRR113>3.0.CO;2-S)