



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

IRIS GABRIELE VERA CASTRO

**AÇÕES EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR O
TRATAMENTO DAS PESSOAS COM DM 2**

CAMPO GRANDE - MS

2022

IRIS GABRIELE VERA CASTRO

**AÇÕES EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR O
TRATAMENTO DAS PESSOAS COM DM 2**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Gerson da Costa Filho
Co-orientador (a): Claudia de Oliveira

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2022



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**AÇÕES EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR O
TRATAMENTO DAS PESSOAS COM DM 2**

por

IRIS GABRIELE VERA CASTRO

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 02 de Fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. O(a) candidato (a) foi arguido (a) pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Gerson da Costa Filho

Professor (a) Orientador (a)

Melisha Stephanie dos Santos Tavares do Nascimento

Membro Titular 1

Luciane Perez da costa Fernandes

Membro Titular 2

DEDICATÓRIA

A Deus, por ter me dado forças e me guiado nas minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aos meus pais, pelo apoio e compreensão;

Ao meu orientador pela paciência e esforço;

A minha preceptora pela força e dedicação;

A todos que contribuíram de alguma forma!

RESUMO

CASTRO, Iris. **Ações em saúde como estratégia para melhorar o tratamento das pessoas com DM 2.** 32 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Este trabalho teve como objetivo desenvolver estratégias mais efetivas para enfatizar a importância do tratamento não farmacológico do DM 2 e aprimorar o conhecimento dos profissionais da equipe para a promoção da saúde. O estudo foi realizado na USF Dr. Judson Tadeu Ribas, Moreninha III, com profissionais e pessoas com DM da equipe Mandacaru. É sabido que a linha de cuidado do DM tem o objetivo de fortalecer a atenção à pessoa com esta doença crônica. Na educação em saúde, os profissionais de saúde e as pessoas com DM desenvolvem o conhecimento sobre saúde e doença, ações de autocuidado, promoção da saúde e prevenção dos riscos. Para tal, utilizamos a metodologia ativa de rodas de conversas para educação permanente da equipe, foram desenvolvidas intervenções para gerenciamento do cuidado e educação em saúde das pessoas com DM 2. As ações realizadas tiveram resultados positivos como aumento nos indicadores de consulta de enfermagem e médica em diabetes, solicitação da hemoglobina glicada para controle da DM 2 e de realização dos exames do pé diabético. O projeto de intervenção reforçou a importância da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no papel de qualificação da prática profissional, tencionando a melhoria no gerenciamento do cuidado.

Palavras chaves: Diabetes Mellitus, educação permanente, promoção da saúde.

ABSTRACT

CASTRO, Iris. Health actions as a strategy to improve the treatment of people with DM 2.
32 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional
em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

This study aimed to develop the most effective treatment to emphasize the pharmacological importance of non-DM 2 and improve the knowledge of team professionals for health promotion. The study was carried out at the USF Dr. Judson Tadeu Ribas, Moreninhas III, with professionals and people with DM from the Mandacaru team. It is known that the DM care line aims to intensify care for people with this chronic disease. Health education, health professionals and people with DM develop knowledge about health and disease, self-care actions, health promotion and risk prevention. Thus, we used the methodology of conversation circles for the education of the team team, the education activities for the education of people with permanent care were implemented to improve the results of education for the education of people with permanent care 2. diabetes, request of glycated hemoglobin to control DM 2 and to perform diabetic foot exams. The intervention project reinforced the importance of the Multiprofessional Residency in Family Health in the role of qualification of professional practice, aiming at an improvement in the management of care.

Keywords: Diabetes Mellitus, continuing education, health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
DM	Diabete mellitus
DM 2	Diabetes mellitus tipo 2
EPS	Educação Permanente em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	19
4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A doença metabólica Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), é caracterizada pela produção ou resposta insuficiente do organismo à secreção de insulina e consequentemente por um estado de catabolismo hiperglicêmico. Além do distúrbio metabólico, a doença está tipicamente associada a uma série de complicações decorrentes do dano endotelial à microvascularização periférica, que se torna insuficiente: o pé diabético, a nefropatia, a cegueira e as doenças cardiovasculares. Todas essas complicações comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos acometidos pela doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

Na incidência da diabetes tipo 2, o organismo não responde adequadamente à insulina produzida. Esse tipo de diabetes está diretamente associado ao ganho excessivo de peso, costumes alimentares impróprios e ao sedentarismo. Cerca de 90% dos indivíduos com diabetes no Brasil são acometidos pelo tipo 2. Sua ocorrência é mais frequente em pessoas na fase adulta, entretanto na infância existe a possibilidade de manifestar-se. De acordo com o grau de complicação, tratamentos não medicamentosos se mostram eficazes no controle glicêmico. Em certas situações, requer-se a utilização de insulina exógena e/ou outros medicamentos para o controle da glicemia (OLIVEIRA et al., 2017).

A linha de cuidado do DM tem o objetivo de fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta condição crônica. Considerando as necessidades individuais de cada pessoa após identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde e solicitar exames necessários e que possam contribuir para a decisão terapêutica ou preventiva (SANTA CATARINA, 2018).

Identificar a população estimada de pessoas com DM 2 do território e suas diferentes estratificações por riscos é essencial para planejar e implementar uma linha de cuidado, para compreender a assistência integral e reduzir a incapacidade, a morte precoce e os custos com o tratamento do DM 2 (BECKER; TEIXEIRA; ZANETTI, 2008).

A partir disso, no decorrer do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ foi possível realizar o diagnóstico situacional do território em que atuamos, com o intuito de conhecer a realidade da área de abrangência, e por sua vez, identificar os principais problemas de saúde existentes. Ao elencar os problemas, foi eleito como prioritário devido à importância e capacidade de enfrentamento, “o alto número de pessoas com DM sem acompanhamento”, levantando o questionamento: “que ações de promoção de saúde podem ser usadas como estratégia para melhorar a adesão ao tratamento do DM 2?”

A educação em saúde é um processo, que visa a construção e transformação de conhecimentos para responder a questões da necessidade da prática. Nesse processo os profissionais de saúde e as pessoas com DM desenvolvem o conhecimento sobre saúde e doença, ações de autocuidado, promoção da saúde e prevenção dos riscos, pautados nas experiências e na realidade dessas pessoas. A aprendizagem se constrói por meio da resignificação das experiências pessoais (SANTA CATARINA, 2018).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS 2013), afirma que a construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

Diante de tal cenário, este projeto objetiva desenvolver estratégias mais efetivas para enfatizar a importância do tratamento não farmacológico no DM 2 e aprimorar o conhecimento dos profissionais da equipe para promoção da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Linha de cuidado às pessoas com DM tipo 2

O diabetes se trata de uma doença crônica que acontece quando o pâncreas não gera mais a quantidade necessária de insulina ou o organismo perde a capacidade de usar de forma eficiente a insulina por ele gerada. A insulina é o hormônio que efetua o controle da glicose na corrente sanguínea e seus efeitos no organismo, sendo de grande relevância para preservação do bem-estar do corpo, que precisa da energia. Os elevados índices de glicose têm a possibilidade de gerar diversas complicações e em situações de maior gravidade, o diabetes pode levar ao óbito (MASSA et al., 2015).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas e seu tratamento se dá por mudanças no estilo de vida como atividade física regular, reeducação alimentar e perda de peso. Assim, a orientação adequada sobre o tratamento e o conhecimento das complicações tardias provocadas por essas patologias podem melhorar a qualidade e a expectativa de vida desses pacientes (MIRANZI, et al, 2008).

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para a efetividade do tratamento farmacológico, a alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo, o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (GUSSO; LOPES, 2012).

A não-adesão ao tratamento medicamentoso está relacionada não somente a fazer ou não o uso dos medicamentos, mas como o paciente “administra” seu tratamento: comportamento em relação à dose, horário, frequência e duração. Conceitualmente, a não-adesão deve ser assumida como um construto de múltiplas dimensões (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD,2016) o efetivo controle do DM, além da avaliação de níveis pressóricos, lipídicos, aspectos relacionados com a prática de atividade física e à alimentação, é essencial que os valores glicêmicos sejam constantemente avaliados, já que eles refletem a adequação e a efetividade do plano terapêutico vigente. Entre as medidas para a avaliação do controle glicêmico, destaca-se a Hemoglobina Glicosilada (hemoglobina A1c), considerada padrão para avaliação do controle glicêmico em longo prazo. Aqui vale ressaltar que no paciente em insulino terapia, a glicemia capilar é necessária e importante tanto para o acompanhamento de base dos efeitos da doença e sua resposta ao tratamento, quanto para a rápida detecção e correção de desvios críticos nos níveis da glicemia,

tornando-se um recurso prático rastreável e acessível para o automonitoramento e segurança do paciente em uso de insulina.

O diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis de glicose e a doença cardiovascular, sendo responsável por gastos expressivos na saúde pública, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2010).

A hemoglobina glicada, também conhecida como HbA1c, é o produto da glicação não enzimática da hemoglobina A circulante. A porcentagem de hemoglobina é estabelecida pelo fato de a glicose sanguínea entrar nos eritrócitos e ligar-se de forma irreversível à hemoglobina durante o período de vida média de tais células, que é cerca de 120 dias (DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP, 1993).

Portanto, a HbA1c permite ponderar quão elevada a glicemia permaneceu nos últimos três a quatro meses. Essa particularidade faz dela um modelo vantajoso para diagnosticar a situação metabólica dos pacientes. Esse método não necessita do jejum e pode ser dosado em qualquer hora do dia. Com isso, a A1c é considerada um padrão-ouro na avaliação do controle glicêmico (SOUZA; ZANETTI, 2000).

O DM resulta em altos custos sociais e econômicos e um grande desafio para o sistema de saúde. Dentre as complicações do DM, o pé diabético é o mais comum apresentando infecções, lesões e destruição de tecidos moles, deformidade e perda de função. O enfermeiro tem papel fundamental na identificação precoce de pacientes que tenham DM e, portanto, estão sob risco de desenvolver a síndrome do pé diabético, na consulta de enfermagem deve inspecionar, avaliar e orientar o cliente quanto aos cuidados necessários com os pés (PEREIRA et al., 2017).

A patologia vascular periférica ligada a pequenos traumatismos pode ocasionar angina e lesões isquêmicas. Nos pacientes com neuropatia, os sinais e sintomas podem não se apresentar mesmo com grave isquemia, e certas lesões atuam como porta de entrada para a incidência de infecções, o que pode piorar progressivamente o quadro de saúde (PEREIRA et al., 2017).

O DM mal controlado pode também agravar ou desencadear manifestações orais possivelmente deletérias para o paciente, entre as queixas mais frequentes incluem as doenças periodontais, o aumento do risco para novas lesões de cárie, disfunção salivar e xerostomia,

perturbações da mucosa oral, distúrbios neurossensoriais (síndrome da ardência bucal) e infecções oportunistas. É necessária a intervenção dos profissionais da Odontologia para auxiliar no diagnóstico, no tratamento e no controle da doença nesses pacientes (SCHMIDT et al., 2010).

A vivência profissional na saúde pública permite desenvolver ações de cuidados voltadas para pessoas com DM, seja através de consultas individuais, seja através de atividades coletivas, como é o caso dos grupos. No acompanhamento desses pacientes, foi observado que esses usuários conviviam com limitações impostas pela doença e com dificuldades no manejo e adesão ao tratamento (PEREIRA et al., 2017).

2.2 Educação Popular em saúde

A educação em saúde é um tópico fundamental na abordagem do DM. No estudo realizado por Oliveira et al. (2018), os autores ressaltam que o enfermeiro tem papel fundamental na prevenção e no tratamento da doença. Visto que, na atenção primária de saúde (APS), é parte do seu papel atuar como educador em saúde, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de complicações ao portador de DM. As consultas médica e de enfermagem, além de integrar um componente de reconhecimento de necessidades educacionais e abordagem das mesmas, podem servir de espaço para promover ações educativas individuais ou coletivas.

O desconhecimento da patologia por parte dos portadores e da comunidade dificulta a prevenção e potencializa o agravamento e ocorrência de complicações constantes da doença. Portanto, a assistência da equipe de saúde é um dos pontos fundamentais para melhor prognóstico desta patologia, colaborando com melhor qualidade de vida das pessoas com DM e diminuindo risco de amputações e outras complicações (SIQUEIRA et al., 2019).

São Diretrizes da Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à pessoa diabética (2019):

“I - a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação da sociedade na definição e no controle das ações e dos serviços de saúde;

II -a ênfase nas ações coletivas e preventivas, na promoção da saúde e da qualidade de vida, na multidisciplinaridade e no trabalho intersetorial em equipe;

O papel de liderança do profissional em enfermagem acompanhado da equipe de saúde é de grande relevância com objetivo de integrar à linha de cuidado, a orientação aos acometidos pela DM acerca das preocupações cotidianas e das consequências que podem surgir, como o pé diabético. Sobretudo porque, na maior parte das ocorrências, em decorrência da busca demorada e barreiras ao acesso do tratamento médico, os pacientes se apresentam ao atendimento já com a doença em estado evoluído (SIQUEIRA et al., 2019).

A equipe de saúde é fundamental na atuação para prevenção e tratamento. Depois de detectada a doença, se não houver tratamento correto de forma oportuna, haverá consequências. A perspectiva da enfermagem moderna é trabalhar cada vez mais com tecnologias leves que visem melhorar o quadro do paciente diabético e minimizar os riscos provenientes de uma internação hospitalar (OLIVEIRA et al., 2018).

As tecnologias leves são tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de gerenciar processos de trabalho. A utilização das tecnologias leves contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, e exige dos profissionais da saúde, uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedido a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível (ROSSI E LIMA, 2005)

Freire (1996) afirma que a construção de conhecimentos ocorre a partir de um questionamento, que se segue com a compreensão. As atividades de promoção em saúde desenvolvidas, na forma de rodas de conversa, devem examinar ou analisar de forma prática os fundamentos e razões de alguma coisa, para que os pacientes participantes do momento educativo possam ter interesse na investigação, na experiência, através da crítica reflexiva.

As ações da equipe de saúde no tratamento do paciente com DM são medidas preventivas, medidas educacionais pessoais e para a coletividade, especialmente para comunidade e grupos fragilizados, com grupos interdisciplinares, orientações e incentivo da autonomia do autocuidado e também visita domiciliar. A educação em saúde, deste modo, se destaca como um eixo fundamental do cuidado (SIQUEIRA et al., 2019).

2.3 A educação permanente

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho, almejando à produção de mudanças neste contexto. Objetiva a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB,2017), afirma que a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.

A educação permanente foi construída como instrumento para transformar o profissional de saúde em um profundo conhecedor da sua realidade local. O primeiro passo para provocar mudanças nos processos da educação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, hierarquizadas. Elas devem fazer parte de uma grande estratégia, articuladas entre si, criadas a partir dos problemas das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos. (MICCAS e BATISTA, 2014)

A mudança de postura realiza-se por meio da EPS, incentivando os trabalhadores a reduzir a dimensão centrada no profissional ou nos procedimentos (tecnologia leve-duras e duras) e enfatizar o eixo das tecnologias leves, proporcionando encontros mais humanizados e comprometimento com a ação de cuidar do usuário (LEMOS, 2016).

2.4 Grupo Operativo e sua eficácia

A existência humana, sendo pautada na busca pela satisfação de suas necessidades, conduz naturalmente ao aprendizado e ao crescimento, como também à constante troca e abandono de elementos antigos, sejam eles bens, ideias e sentimentos. Existe, sim, uma resistência à mudança, sobretudo quando ela é drástica, mas o desenvolvimento depende de aceitar a transformação. A utilização de experiências grupais para a condução de um projeto é

uma ferramenta valiosa, permitindo que os membros do grupo se auxiliem mutuamente e possam, juntos, evoluírem e lidarem com suas próprias questões (PEREIRA, 2013).

Enrique Pichon-Rivière, psiquiatra argentino estudioso dos grupos, trouxe grande contribuição à área. Sua obra constitui um legado valioso para a compreensão sobre a estrutura e o funcionamento dos grupos, bem como para a intervenção no campo grupal, por meio da teoria e da técnica do Grupo Operativo (PEREIRA, 2013).

Quando citados os grupos operativos, imediatamente surgem alguns conceitos a respeito dos mesmos que não traduzem o seu significado e/ou abrangência e demonstram o quanto eles ainda não são conhecidos devidamente. A pergunta mais ouvida é: os grupos operativos são terapêuticos? Muitos fazem essa distinção entre os mesmos, o que revela a desinformação sobre esse tema. Todo grupo operativo é terapêutico, mas nem todo grupo terapêutico é operativo (FISCMAN, 1997).

Para Pichon Rivière, o grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disso, uma função terapêutica. Todo grupo que tiver uma tarefa a realizar e que puder, através desse trabalho operativo, esclarecer suas dificuldades individuais, romper com os estereótipos e possibilitar a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento do indivíduo e que, além disso, o auxilie a encontrar suas próprias condições de resolver ou se enfrentar com seus problemas, é terapêutico (PEREIRA, 2013).

O grupo constitui-se numa forma de terapia, realizando suas tarefas enquanto as dificuldades de cada um são esclarecidas. Isso permite romper com o padrão básico estipulado e melhor detectar os obstáculos à transformação e ao desenvolvimento. Deste modo, cada membro do grupo conhecerá melhor suas limitações e sua capacidade para a resolução do problema, assumindo seu próprio ritmo (FISCMAN, 1997).

A “cura” advém de mudanças nas relações e na vitória sobre paradigmas, integrando o sentir, o pensar e o agir. Medos que surgem frente ao desconhecido são barreiras que podem dificultar essa mudança, constituindo-se em obstáculos. A abordagem de transformação precisa considerar três momentos: a pré-tarefa, quando há a preparação gradual de todos; a tarefa, que é a delimitação do que deve ser feito; e o projeto, que é o vislumbre do que se almeja (PEREIRA, 2013).

A técnica de grupo operativo, fundamentada na Psicologia Social de Enrique Pichon-Rivière, constitui um instrumento de intervenção grupal, sustentado na concepção de sujeito, que é social e historicamente produzido. Neste caso, o grupo é considerado como a unidade básica de interação entre os usuários, que se encontram em constante dialética com o ambiente

em que vivem, ou seja, constroem o mundo e nele se constroem, com a inter-relação entre os participantes e os profissionais valorizando a experiência da aprendizagem (PEREIRA, 2013).

Para Pichon-Rivière (PEREIRA, 2013), o grupo operativo é constituído de pessoas reunidas com um objetivo comum, chamado de “grupo centrado na tarefa que tem por finalidade *aprender a pensar* em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal”. Fiscman (1997) afirma que é muito importante para o grupo, também, a função do coordenador. Ele atua como uma pessoa que pensa junto com o grupo, fomentando o pensamento grupal, de modo a permitir uma comunicação mais fácil e formar uma identidade de grupo.

3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Local do estudo

Este projeto foi realizado na unidade de saúde da família Dr. Judson Tadeu Ribas, localizado no bairro Moreninha III, no território da equipe Mandacaru, na cidade de Campo Grande, MS. A unidade faz parte do programa Saúde na Hora com horário de funcionamento das 7 às 19 horas. Sua população adscrita são 20.292 pessoas, contam-se com 2.617 pessoas cadastradas na área de abrangência da equipe Mandacaru, dessas estima-se que 214 são acometidas pela DM 2.

3.2 Público alvo

O público alvo são os profissionais da equipe Mandacaru: agente comunitário de saúde (ACS), técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, com a finalidade de melhorar a linha de cuidado às pessoas com DM 2 da equipe Mandacaru. A unidade conta com uma equipe multiprofissional, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que busca incansavelmente melhorias na qualidade do atendimento ofertado, possui estratégias para acesso avançado, escuta inicial, atendimento por demanda espontânea e agendamento.

3.3 Plano de ações

Foi realizada a educação permanente em equipe através de metodologia ativa de roda de conversa, dividida em quatro etapas:

➤ Etapa 1 – Definição e priorização dos problemas

Na etapa 1 a equipe discutiu a situação do território através do sistema e-sus e elencou os principais problemas na área. Em seguida realizou priorização através de critérios de importância e capacidade de enfrentamento.

PROBLEMAS ENCONTRADOS	IMPORTANCIA (0 a 10)	CAPACIDADE DO ENFRENTAMENTO	NÍVEL DE PRIORIDADE
Alto número de pessoas diabéticas desacompanhadas	10	Parcial	1
Falta de cadastro e vigilância das pessoas com DM	8	Parcial	2

Baixos números dos indicadores de controle de DM	8	Parcial	3
Falha no gerenciamento do cuidado e falta de estratégia para promoção de saúde para pessoas com DM	9	Parcial	4

Quadro 1 – Classificação de prioridades de problemas

➤ Etapa 2 – Apresentação e discussões dos problemas

Após definição e priorização do problema, foi realizada reunião com o público-alvo para apresentação e discussão do mesmo, com objetivo de estabelecer as estratégias e propostas de tratamento.

➤ Etapa 3 – Estratégia para gerenciamento do cuidado

Foi realizada educação permanente com a equipe utilizando os instrumentos da Figura 1- Plano de ações e metas e Quadro 2- Guia pratico de cuidados com DM.

NOME: _____ 1. METAS: O QUE? ONDE? QUANDO? QUANTO? COM QUE FREQUÊNCIA? 2. AS PRINCIPAIS DIFICULDADES PARA ALCANÇAR ESSAS METAS SÃO: 3. AS AÇÕES QUE POSSO FAZER PARA SUPERAR ESSAS DIFICULDADES:	CNS: _____ 4. MEU GRAU DE CONFIANÇA EM ALCANÇAR AS METAS É DE: (0 – TOTALMENTE SEM CONFIANÇA, 10 - TOTALMENTE CONFIANTE.) 5. MONITORAMENTO <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>CHECK LIST</th> <th>OBSERVAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SEGUNDA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TERÇA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>QUARTA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>QUINTA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SEXTA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	CHECK LIST	OBSERVAÇÃO	SEGUNDA			TERÇA			QUARTA			QUINTA			SEXTA		
DIA	CHECK LIST	OBSERVAÇÃO																	
SEGUNDA																			
TERÇA																			
QUARTA																			
QUINTA																			
SEXTA																			

Figura 1 – Plano de ações e metas Fonte: Mendes,2012.

TEMAS ABORDADOS	OBJETIVOS E METAS	ORIENTAÇÕES DE CUIDADO
HÁBITOS DE VIDA	Alimentação saudável, trocas alimentares, prática regular de exercício físico, abstinência de cigarro e álcool.	- Em todas as avaliações de saúde. - Encaminhar para o grupo de tabagismo se for o caso, e para o grupo EmagreSUS.
MEDIDAS CORPORAIS	Manter o peso saudável: IMC até 24,9 Kg/m ² OU perda de 5 a 10% do peso se houver sobrepeso ou obesidade. Manter circunferência abdominal < 80 cm em mulheres e < 94 cm em homens ou redução, se houver sobrepeso ou obesidade	- Em todas as avaliações de saúde.
CONTROLE GLICÊMICO	Glicemia jejum e pré-prandial: < 110 mg/dl. Glicemia pós-prandial: < 140 mg/dl.	- A glicemia pré e pós-prandial pode ser realizada no domicílio quando em uso de insulina.
HEMOGLOBINA GLICADA	HbA1c < 7%	- Semestral.
PRESSÃO ARTERIAL	< 130/80 mmHg	- Em todas as avaliações de saúde.
CONTROLE LIPÍDICO	Colesterol total: < 200 mg/dl. LDL-colesterol: < 100 mg/dl (se doença vascular presente, LDL < 70 mmHg). HDL-colesterol: > 45 mg/dl. Triglicerídeos: < 150 mg/dl	- Semestral.
FUNÇÃO RENAL	TFG > 90 ml/min e relação albumina-creatinina < 30 mg/g em urina). ou Controle da doença renal diabética.	- Estágio 0 - anual. - Estágio 1 e 2 - semestral. - Estágio 3, 4 e 5 – especialista.
RETINA	Fundoscopia normal ou Controle de complicação microvascular retiniana.	- Na ausência de retinopatia: encaminhar anualmente para avaliação com oftalmologista. Perda súbita de visão, suspeita de glaucoma ou descolamento

		de retina (flashes de luz, moscas volantes, escotomas ou sombras): encaminhar imediatamente.
PÉ DIABÉTICO	Pulsos presentes e simétricos, ausência de deformidades ou Controle de complicações neuropáticas ou vasculares, prevenindo úlceras e amputações.	- Risco baixo - anual. - Risco moderado - 3 a 6 meses. - Risco alto - 1 a 3 meses. Orientações de cuidado com os pés e calçados
CONSULTAS COM MÉDICO DA APS	De acordo com a classificação de risco.	- Risco baixo - anual. - Risco médio - semestral. - Risco alto - quadrimestral. - Risco muito alto - trimestral.
CONSULTAS COM ENFERMEIRO DA APS	De acordo com a classificação de risco.	- Risco baixo - semestral. - Risco médio - quadrimestral. - Risco alto - trimestral. - Risco muito alto - mensal.
VACINAÇÃO	Prioridades na imunização de: - Pneumo 23 - Influenza - Covid-19	De acordo com o calendário vacinal e campanhas de vacinação.
SAÚDE BUCAL	Prevenção ou tratamento de cáries e doença periodontal.	- Risco muito alto - semestral - Demais riscos - anual

Quadro 2 – Guia prático de cuidados com DM 2. Fonte: Adaptado, Linha Guia DM Paraná (Paraná, 2018).

➤ Etapa 4- Desenho das intervenções

Nessa etapa a equipe elaborou um cronograma de intervenções com os problemas elencados para tratativa. O cronograma previsto está no quadro 2. Foi elaborado também o projeto do Grupo Operativo conforme quadro 3.

PROBLEMAS ELENCADOS	INTERVENÇÕES	CRONOGRAMA/PRAZO
1- Falta de cadastro e vigilância	- Aumentar o número de cadastros e acompanhamento das pessoas com DM; - Estratificar o risco; - Utilizar a planilha interna da USF para acompanhamento e monitoramento;	1 mês para início e 3 meses para avaliação dos resultados
2- Baixos números dos indicadores	- Agendar em reunião de equipe as consultas de rotina em diabetes e entregar aos pacientes nas visitas domiciliares; - Aumentar a solicitação de hemoglobina glicada nos atendimentos individuais; - Realizar o exame do pé diabético nas consultas de rotina.	1 mês para início e 3 meses para avaliação dos resultados
3- Falha no gerenciamento do cuidado e ausência de estratégia para promoção de saúde e abordagem	- Utilizar o guia prático de cuidados com DM (quadro 2) nas orientações e consultas individuais; - Utilizar o plano de ações e metas (figura1) nas orientações e consultas individuais; - Implementar o grupo terapêutico e avaliar o impacto do mesmo na adesão e correção do tratamento.	1 mês para início e 3 meses para avaliação dos resultados

Quadro 3- Intervenções e cronograma das ações

METODOLOGIA DO GRUPO OPERATIVO	ATIVIDADES REALIZADAS	FUNÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE	MATERIAIS ENTREGUES (impressos)	LOCAL	FREQUÊNCIA
Rodas de conversas Metodologia ativa	Conversa e escuta qualificada dos usuários, apontando as suas dificuldades do dia a dia Abordagem terapêutico Promoção em saúde: aconselhamento e orientação Construção do plano de ações e metas	Coordenador (direciona o grupo) Observador (registra as ações do grupo)	Guia prático do cuidado de cuidados para pessoas com DM - Plano de ações e metas impresso - Folheto de alimentação - Folheto de cuidados com o pé DM	USF Moreninha	1 x por semana

Quadro 4- Projeto do grupo operativo

4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

O território possui suas vulnerabilidades, a baixa renda, o desemprego e a falta de saneamento básico. Sendo a maioria da população idosa, durante as consultas e visitas domiciliares demonstram resistência ao tratamento não farmacológico, tornando-se indispensável acompanhar de forma mais próxima esses pacientes.

De todas as doenças não transmissíveis, o DM é um dos maiores problemas enfrentados pelas pessoas do nosso território, foi classificado como prioritário devido a sua importância e capacidade de enfrentamento: o alto número de pessoas diabéticas desacompanhadas.

Após a realização da educação permanente foi analisada a avaliação dos resultados obtidos. Para avaliação das intervenções propostas para o problema 1- falta de cadastro e vigilância, foi realizada mensalmente nas reuniões de equipe a monitorização severa dos cadastros e acompanhamento feitos pela equipe e a estratificação de risco feito nos atendimentos individuais pelo médico ou enfermeiro.

O gráfico 1 mostra em azul o total de pessoas com DM cadastradas no território, equivalente a 7% da população total da área, em vermelho as pessoas cadastradas que estão em acompanhamento, equivalente a 1,94% e em verde as pessoas cadastradas que tem estratificação de risco, equivalente a 0,87% da população total.

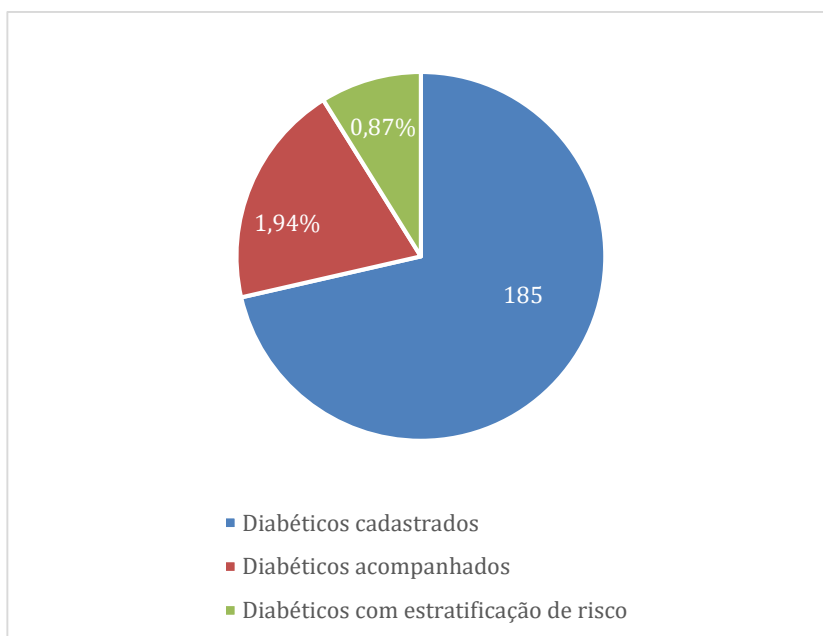


Gráfico 1 – Acompanhamento das pessoas com DM de janeiro a julho.

Ao comparar o número de diabéticos acompanhados (gráfico 1) antes da intervenção e após a intervenção (gráfico 2) foi possível observar o aumento progressivo do acompanhamento e estratificação de riscos das pessoas com DM. Estima-se um total de 214 pessoas com DM no território da Mandacaru. Dos 185 cadastrados, após a intervenção temos 68% dos diabéticos acompanhados e 34% com estratificação de risco. Foi pactuado com os ACS o empenho no cadastro de todas essas pessoas. Nota-se pela equipe a importância dos resultados obtidos para melhor diagnóstico do território e monitoramento periódico dessas pessoas com DM.

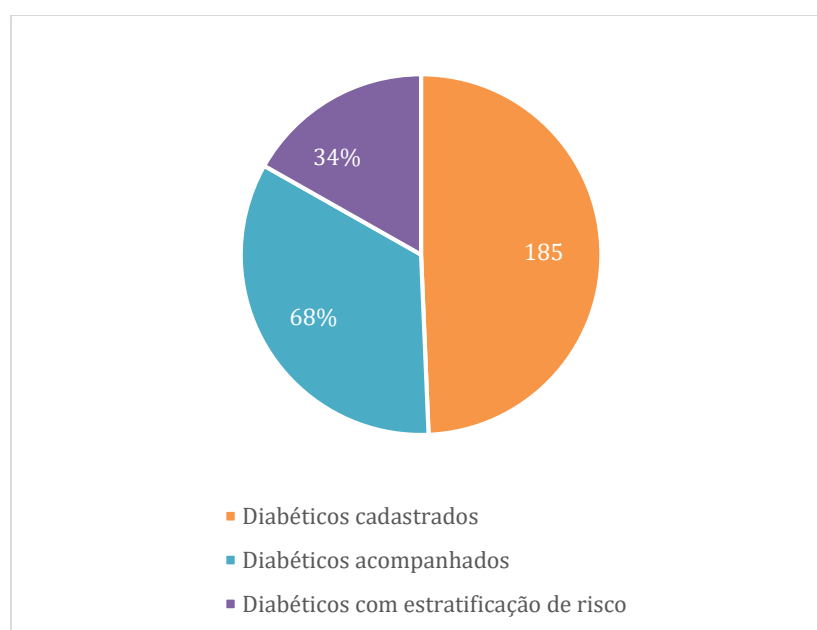


Gráfico 2 – Acompanhamento das pessoas com DM após a intervenção de agosto a novembro.

Foi implementada a utilização das planilhas internas de vigilância, alimentadas mensalmente por todos os profissionais da equipe. Para mensurar sua funcionalidade, foram discutidos mensalmente os pontos fortes e fracos da planilha. Todos os participantes efetuaram uma avaliação positiva da utilização da mesma e ressaltaram a eficácia da planilha com a finalidade de acompanhamento e monitoramento das pessoas com DM.

O Problema 2 trata-se do baixo número dos indicadores de saúde voltados ao cuidado com DM. Para avaliação das intervenções propostas foram realizadas mensalmente em reunião de equipe através do E-SUS, a contabilização dos números mensais de consultas médicas e de enfermagem, da solicitação de hemoglobina glicada e do exame do pé diabético.

O gráfico 3 apresenta os indicadores de saúde voltados ao DM e os números alcançados pela equipe Mandacaru de janeiro a julho de 2021. Ao comparar o Gráfico 3 de indicadores dos meses de janeiro a julho (antes da intervenção) e o Gráfico 4 de agosto a novembro (após a intervenção), verifica-se através dos indicadores, a evolução alcançada pela equipe. Com significativo aumento de consultas de enfermagem em novembro, é possível realçar a positividade da organização da agenda, dos agendamentos feitos em reunião de equipe e entregue ao paciente em visitas domiciliares dos ACS, e da estratégia efetiva de oportunizar as consultas para realização do exame do pé diabético.

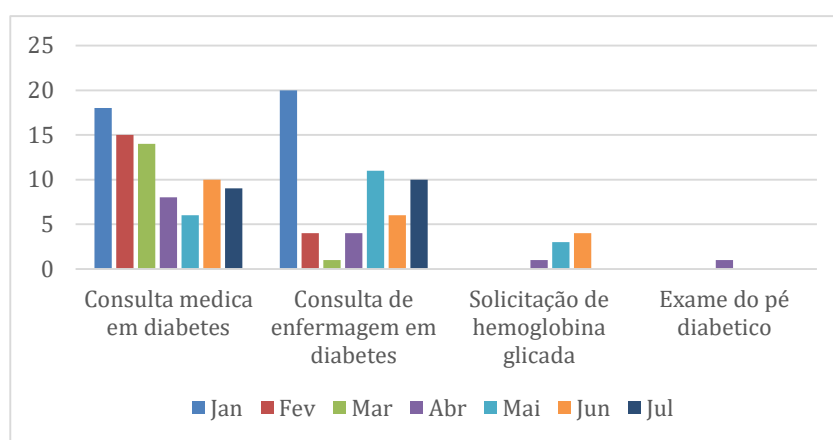


Gráfico 3 – Indicadores de controle da DM de janeiro a julho.

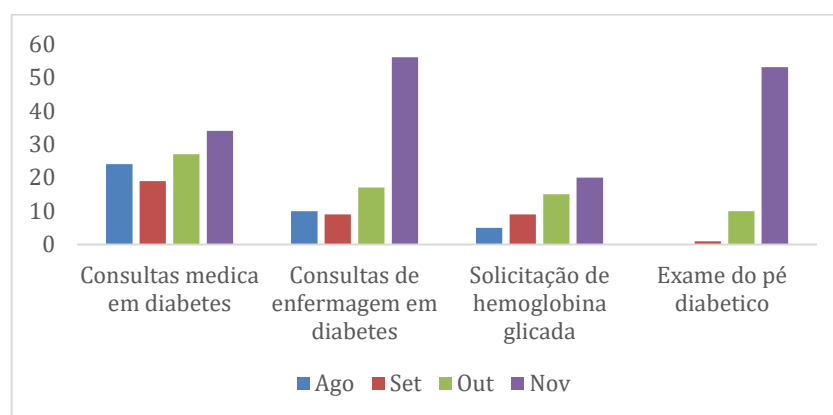


Gráfico 4– Indicadores de controle de DM de agosto a novembro

Para a intervenção do problema 3 - falha no gerenciamento do cuidado da DM e ausência de estratégia para promoção de saúde, foi implementada a utilização do guia prático e planos de ações e metas, discutiu-se a utilização dos mesmos nas orientações durante a visita domiciliar e ao atendimento individual, para implantar uma estratégia efetiva para o tratamento de pessoas

com dificuldades de controle do DM 2, pois as práticas inadequadas e inseguras no tratamento podem interferir no controle metabólico, e consequentemente influenciar a progressão das complicações crônicas do diabetes mellitus, ocorrendo a necessidade de aplicação de mais esforços terapêuticos, sensibilização, dedicação e capacitação das equipes de saúde para melhorar a gestão do cuidado das pessoas com DM 2.

Após 3 meses de implementação dos instrumentos, foi realizada uma reunião com todos os membros da equipe para discussão de pontos positivos e negativos dos elementos utilizados. Ao abordar o plano de ações e metas, foi exposto pelos ACS a dificuldade de aplicação do instrumento, sendo assim, foi definido pela equipe que a aplicação do plano de ações e metas será realizada individualmente durante as consultas e nos grupos operativos.

Discutiu-se também sobre a implementação do grupo operativo (Quadro 4) para melhorar a adesão ao tratamento, promovendo o envolvimento e a interação da equipe com os pacientes. Buscando um novo modelo de metodologia em grupo para que a equipe tenha o conhecimento sobre a realidade e entenda as dificuldades dos pacientes, de acordo com seu universo, suas particularidades, sua cultura e seus resultados individuais, mostrando a capacidade de um tratamento eficaz. Tendo como resultado esperado, a redução dos controles insatisfatórios, melhora do controle da diabetes, melhora do prognóstico dos indivíduos, do perfil sanitário, diminuição da carga da doença e morbimortalidade da população.

Nesse contexto aconteceu a pandemia causada pelo Coronavírus (Covid-19) detectada em novembro de 2019 na China, chegando ao Brasil no início de 2020, mesmo mês em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (OMS, 2020). No estado do Mato Grosso do Sul, em 15 de março de 2020 é promulgado o Decreto n. 14.189, cujo art. 9º cancela as reuniões que envolvem população de alto risco para doença severa pelo COVID-19, como os idosos e pacientes com doenças crônicas em Campo Grande. Exigiu-se a reorganização dos serviços de saúde, entre diversas mudanças nos fluxos de atendimento, impossibilitando a implementação imediata do grupo operativo, em decorrência de tal situação epidemiológica, e em virtude disso ainda não foi possível concluir o acompanhamento de médio e longo prazo, como por meio dele mensurar todos os resultados da intervenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se pelo presente projeto de intervenção a importância da educação permanente para melhoria das práticas de saúde da equipe, evidenciando a notoriedade de considerar as necessidades e fragilidades do território, e as demandas dos profissionais no dia a dia do serviço de saúde, conclui-se que a EPS contribui significativamente para o enriquecimento na qualidade da atenção ofertada para os usuários.

A atuação dos profissionais na educação em saúde é fundamental para a melhora na linha do cuidado, visto a necessidade de discutir a respeito da doença e da importância do autocuidado, de modo a prevenir os riscos e também ressignificar as experiências pessoais com o adoecimento. Nesse contexto, o acompanhamento mais próximo permitirá demonstrar o escopo e a extensão dos benefícios decorrentes do tratamento correto.

A implementação da intervenção reforça a importância da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no papel de qualificação da prática profissional, tencionando a melhoria no gerenciamento do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALECIO, G. S. C.; BALEJO, R. D. P.; MUELLER, V. **Modelo de TCR – projeto de intervenção para residentes do PRMSF SESAUFIOCRUZ**. Campo Grande/MS, 2021.

BECKER, Tânia Alves Canata; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 847-852, 2008.

BRASIL. **LEI Nº 13.895, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13895.htm.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **New England journal of medicine**, v. 329, n. 14, p. 977-986, 1993.

FISCMAN, Janice B. Como agem os grupos operativos? In: ZIMERMAN, D. e OSORIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF-NETO, José. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 764-767, 2008.

LEMO, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 913-922, 2016.

MASSA, Ana Catarina; RANGEL, Ricardo; CARDOSO, Manuela; CAMPOS, Ana. Diabetes gestacional e o impacto do actual rastreio. **Acta Med Port.**, Revista Científica da Ordem dos Médicos, Lisboa, Portugal, v. 28, n. 1, p. 29-34, Jan-Feb. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 170-185, 2014.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, p. 672-679, 2008.

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de; GRACILIANO, Nayara Gomes. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 441-451, jul.-set. 2015.

OLIVEIRA, HysaCarolline Carvalho; FERREIRA, Juliana Lima; COUTINHO, Márcio Lemos. Importância do enfermeiro na prevenção e cuidado do pé diabético. **Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 19, 2018.

Organização Mundial da Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. 2020 Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes mellitus/SAS e Ed.** Curitiba: SESA, 2018.

PEREIRA, Laiane de Fátima et al. Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 9, n. 4, p. 1008-1014, 2017.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira. Pichon-Rivière, a Dialética e os Grupos Operativos: implicações para pesquisa e intervenção. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. **Revista da SPAGESP**, Vol. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 58, p. 305-310, 2005.

SANTA CATARINA. **Linha de cuidado à pessoa com diabetes mellitus**. Governo do Estado de Santa Catarina: Florianópolis, 2018.

SCHMIDT, G.A., R. RUEDY, R.L. MILLER, AND A.A. LACIS. The attribution of the present-day total greenhouse effect. **J. Geophys. Res.**, v. 115, n. 1, 2010, p. 6.

SIQUEIRA, Ana Kelly Américo et al. O enfermeiro na promoção da saúde frente ao pé diabético na atenção básica de saúde/The nurse in the promotion of health against diabetic foot in basic health care. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3164-3173, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes 2015-2016**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002. **Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2003.

SOUZA, Carla Regina de; ZANETTI, Maria Lúcia. Administração de insulina: uma abordagem fundamental na educação em diabetes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, p. 264-270, 2000.