



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA -
PROFSAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS COM DIABETES MELLITUS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: uma experiência
participativa de programação em saúde.**

WALDIRENE APARECIDA ERVILHA MALDONADO

Orientadora: Prof.^a Associada Elen Rose Lodeiro Castanheira

BOTUCATU

2024

WALDIRENE APARECIDA ERVILHA MALDONADO

**ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: uma experiência participativa de
programação em saúde.**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Campus de
Botucatu, como parte dos requisitos para a
obtenção do título de mestre em Saúde da
Família.

Orientadora: Prof.^a Associada Elen Rose Lodeiro Castanheira

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Maldonado, Waldirene Aparecida Ervilha.

Atenção integral a pessoas com Diabetes mellitus na atenção primária a saúde: uma experiência participativa de programação em saúde / Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado. - Botucatu, 2024

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Capes: 40600009

1. Assistência integral à saúde. 2. Atenção primária à saúde.
3. Diabetes mellitus. 4. Pesquisa sobre serviços de saúde.
5. Pesquisa-ação.

Palavras-chave: Atenção integral à saúde; Atenção primária à saúde; Diabetes mellitus; Pesquisa sobre serviços de saúde; Pesquisa-ação.

WALDIRENE APARECIDA ERVILHA MALDONADO

**ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: uma experiência participativa de
programação em saúde.**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Campus de
Botucatu, como parte dos requisitos para a
obtenção do título de mestre em Saúde da
Família.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. : ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA (Orientadora)

Depto. de Saúde Pública / Faculdade de Medicina / Botucatu - UNESP

Prof. Dr.: ANTONIO DE PADUA PITHON CYRINO

Depto. de Saúde Pública / Faculdade de Medicina / Botucatu - UNESP

Profa. Dra.: TEREZA ETSUKO DA COSTA ROSA

Instituto de Saúde / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Profa. Dra. : MARIA INÊS BATTISTELLA NEMES

Depto. de Medicina Preventiva / Faculdade de Medicina / São Paulo - USP

Profa. Dra. : LUCIANA CRISTINA PARENTI

Centro de Saúde Escola (CSE) / Faculdade de Medicina / Botucatu – UNESP

**Botucatu, SP.
2024**

Dedico esta dissertação a toda minha família.

Em especial, dedico este trabalho ao meu pai (in memoriam) que sempre me incentivou e que ficaria exultante com esta realização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente aos meus pais, Edena Serrano Maldonado e Pedro Ervilha Maldonado (in memoriam), que foram meus maiores exemplos de vida, pelo apoio incondicional em todos os momentos. Aos meus irmãos, pela compreensão durante minhas muitas ausências, pela união e pelo apoio constante em nossa convivência. Ao meu querido marido e companheiro, José Roberto Artiga, por me fazer acreditar e por me incentivar, sendo meu suporte em todos os momentos. Ao meu filho, Guilherme Maldonado Pio Avella, por sua paciência ao entender minhas ausências e pelo apoio e incentivo durante essa caminhada.

Agradeço as minhas amigas Eliana Machado e Liliane Maria Guimarães de Pinho pelo impulso inicial e encorajamento para minha candidatura a vaga de mestrado.

Expresso minha gratidão aos que estiveram diretamente envolvidos neste projeto, cada um contribuindo de maneiras distintas. Agradeço aos colaboradores deste estudo, tanto profissionais quanto usuários, pela disposição em compartilhar suas competências técnico-científicas e pela disponibilidade em expor suas realidades, sem as quais este estudo não seria possível.

Aos colegas de trabalho, que acreditaram em mim e estiveram presentes em todas as fases do trabalho, especialmente à enfermeira Mila Silva de Oliveira, pela parceria constante nesta construção conjunta. Agradeço também aos meus residentes de Medicina de Família e Comunidade e Enfermagem, pelo entusiasmo e disposição com que abraçaram essa proposta.

Aos colegas da turma do Mestrado Profissional ProfSaúde, pelo apoio mútuo durante essa jornada. Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde, no campus de Botucatu, pelos valiosos ensinamentos.

Agradeço à banca examinadora, Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino, Prof. Dr. Walter Vitti Junior, Tereza Etsuko da Costa Rosa e Patricia Rodrigues Sanine, por sua presença na qualificação e Defesa do projeto e pelas valiosas orientações, conselhos e sugestões que enriqueceram o resultado final.

Finalmente, minha profunda gratidão à minha querida mestra e orientadora, Professora Doutora Elen Rose Lodeiro Castanheira, que não mediu esforços para me auxiliar e transmitir o conhecimento necessário. Sua paciência, empenho e orientação prática foram essenciais para que eu chegasse a este momento.

O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem...
João Guimarães Rosa

APRESENTAÇÃO

Desde a graduação, residência em clínica médica, pós-graduação em endocrinologia e durante toda a minha vida profissional, sempre me interessei profundamente pelo tema do diabetes. Trabalhando na atenção básica, presenciei de perto os desafios enfrentados pelas pessoas que convivem com diabetes e me motivei a cuidar delas de forma integral. Minha experiência profissional mostrou-me os desafios no cuidado de uma condição que depende da mudança de hábitos, muitas vezes arraigados culturalmente e associados ao modo de vida das pessoas. Isso realçou a importância de uma abordagem holística no tratamento dessa condição, visando não apenas o controle glicêmico, mas também a prevenção de complicações e a promoção de uma melhor qualidade de vida.

A convivência com essas pessoas permitiu que eu compreendesse melhor seus sofrimentos e percepções sobre suas limitações e os agravamentos causados pela condição crônica, evidenciando assim o impacto significativo que o diabetes pode ter na vida das pessoas, não apenas em termos de sofrimento físico, mas também mental. Percebi como o diabetes pode reduzir os anos de vida saudável dos indivíduos que convivem com a doença, frequentemente de maneira evitável. Essa constatação motivou-me a buscar formas de melhorar o atendimento e o manejo dessa doença na unidade de saúde onde atuo.

Devido à suspensão do seguimento dos usuários com doenças crônicas no período de isolamento social ocasionado pela pandemia por covid-19, foi perdido o contato e o seguimento de muitas pessoas com diabetes mellitus nas unidades de atenção básica. Assim, foi um motivo de preocupação a perda do cuidado com as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e, em particular, com relação ao diabetes durante a pandemia. Além disso, a falta de estruturação dos serviços de saúde básicos para a recaptção dessas pessoas e a reorganização do cuidado se tornaram desafios significativos.

Essas preocupações eram compartilhadas por outros profissionais da unidade onde atuo e eram perceptíveis pela manifestação de alguns usuários sobre a falta de organização e continuidade no cuidado, além da ausência de muitos que antes

apresentavam boa adesão ao tratamento. Nesse contexto, a elevação do número de pessoas diabéticas não controladas e a associação dessa doença a mortes precoces, sequelas e queda da qualidade de vida tornam necessária a adoção de novas estratégias para recaptção, recadastramento, estratificação de risco e reestruturação do cuidado com esses indivíduos.

Essa dissertação é um reflexo do meu compromisso em promover a saúde integral e a prevenção de complicações, contribuindo para uma prática clínica viável e que possa melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com *diabetes mellitus*.

RESUMO

A atenção ao diabetes envolve diversos desafios relacionados a obstáculos ao diagnóstico e tratamento oportunos e a dificuldades de manutenção do seguimento longitudinal, entre outros fatores relacionados tanto aos usuários como à qualidade da atenção e à falta de integração entre os serviços de saúde. Essas dificuldades ficaram ainda mais patentes com o advento da pandemia de covid-19, devido à paralização do atendimento e a perda do seguimento do cuidado para as condições crônicas. Este trabalho tem como objetivo geral formular e implantar um programa de atenção integral às pessoas que vivem com diabetes mellitus em serviço de atenção primária à saúde. Tem como objetivos específicos: identificar os principais obstáculos ao acesso e seguimento na unidade básica a partir da experiência de usuários e profissionais de saúde; definir ações, fluxos e periodicidade das consultas e outras atividades; desenvolver proposta de monitoramento do programa, e elaborar um guia de boas práticas para atenção integral às pessoas com diabetes mellitus em serviços de atenção primária. Foi desenvolvido na forma de uma pesquisa-ação, constituída por um processo de construção participativa de uma proposta de intervenção programática, desenvolvida e implementada durante o período de março de 2023 a maio de 2024, em uma unidade de saúde da família do interior paulista. Para elaboração inicial do programa foi constituído um grupo de trabalho com todos os segmentos profissionais da unidade e realizado grupo focal com usuários. O processo de implantação foi feito por meio de reuniões periódicas do grupo de trabalho e por grupos focais com usuários realizados ao longo do ano. O material analisado é constituído pelos registros do caderno de campo e das reuniões com profissionais, da análise temática dos grupos focais, de um questionário estruturado aplicado aos profissionais ao final de um ano da implantação, e pelo levantamento de indicadores de processo. O principal resultado foi a sistematização da atenção a pessoas com DM constituída pela proposição de fluxos, atividades educativas e critérios de acompanhamento e seguimento por parte da equipe. As análises dos registros indicam que tanto a equipe quanto os usuários estão satisfeitos com as mudanças. Em relação às atividades educativas, houve ampliação na participação de usuários em grupos virtuais e presenciais pré-existent, com foco central em medidas de autocuidado. Comparado ao período anterior à implantação, uma amostra de 10% do

total de atendimentos demonstrou um aumento médio de 59% na avaliação dos pés; de 20% nas solicitações de exames de HbA1c, e de 41% de microalbuminúria, além da instauração da avaliação de risco para definição do seguimento, procedimento até então não praticado. Essa construção originou como produto técnico-tecnológico um guia de atenção integral às pessoas que vivem com DM e que será apresentado ao município como uma proposição para as demais unidades básicas de saúde, especialmente aquelas organizadas como estratégia de saúde da família.

Palavras-chave: diabetes mellitus, atenção primária à saúde, atenção integral à saúde, pesquisa sobre serviços de saúde, pesquisa-ação.

ABSTRACT

Diabetes care involves several challenges related to obstacles to timely diagnosis and treatment and difficulties in maintaining longitudinal follow-up, among other factors related to both users and the quality of care, as well as the lack of integration between health services. These difficulties became even more evident with the advent of the COVID-19 pandemic, due to the interruption of care and the loss of follow-up care for chronic conditions. The general objective of this study is to formulate and implement a comprehensive care program for people living with diabetes mellitus in primary health care services. Its specific objectives are: to identify the main obstacles to access and follow-up in the basic unit based on the experience of users and health professionals; to define actions, flows and frequency of consultations and other activities; to develop a proposal for monitoring the program; and to prepare a guide of good practices for comprehensive care for people with diabetes mellitus in primary care services. It was developed in the form of an action research, consisting of a participatory construction process of a programmatic intervention proposal, developed and implemented during the period from March 2023 to May 2024, in a family health unit in the interior of São Paulo. For the initial elaboration of the program, a working group was formed with all the professional segments of the unit and a focus group was held with users. The implementation process was carried out through periodic meetings of the working group and focus groups with users held throughout the year. The material analyzed consists of records from the field notebook and meetings with professionals, the thematic analysis of the focus groups, a structured questionnaire applied to professionals at the end of one year of implementation, and the survey of process indicators. The main result was the systematization of care for people with DM consisting of the proposition of flows, educational activities and criteria for monitoring and follow-up by the team. The analysis of the records indicates that both the team and the users are satisfied with the changes. Regarding educational activities, there was an increase in user participation in pre-existing virtual and in-person groups, with a central focus on self-care measures. Compared to the period prior to implementation, a sample of 10% of the total number of visits showed an average increase of 59% in foot assessments; 20% in requests for Hba1c tests; and 41% in microalbuminuria tests, in addition to the implementation of risk assessment to define follow-up, a procedure not previously practiced. This construction resulted in

a technical-technological product, a guide for comprehensive care for people living with DM, which will be presented to the municipality as a proposal for other basic health units, especially those organized as a family health strategy.

Keywords: diabetes mellitus, primary health care, comprehensive health care, research on health services, action research.

LISTA DE ABREVIATURAS

DM	Diabetes Mellitus
UBS	Unidade básica de saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DALY	Disability adjusted life Years
APS	Atenção primária a saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
GBD	Carga Global da Doença
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
CCM	Modelo de atenção crônica
MACC	Modelo de atenção as condições crônicas
PaPS	Pesquisa ação participativa em saúde
ICPHR	Colaboração Internacional para a Pesquisa Participativa em Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
PubMed	National Library of medicine
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
SciElo	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
VD	Visita Domiciliar
PHD	Programa de hipertensão e diabetes
PEC	Prontuário eletrônico do cidadão
MSD	Membro superior direito
MSE	Membro superior esquerdo
MMII	Membros inferiores
DRC	Doença renal crônica
AVC	Acidente vascular cerebral
AIT	Ataque isquêmico transitório
IAM	Infarto isquêmico do miocárdio
HVE	hipertrofia ventricular esquerda

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados dos indicadores no trimestre anterior à implantação do programa.....	58
Tabela 2 - Dados para comparação dos indicadores após a implantação do programa por trimestre	59
Tabela 3 - - Dados para comparação dos indicadores antes e após a implantação do programa por trimestre	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico dos dados comparativos antes e após a implantação	61
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratificação segundo o grau de severidade da condição crônica e capacidade de autocuidado.....	40
Quadro 2 - Planificação do cuidado segundo a Estratificação	40
Quadro 3 - Avaliação da pele	43
Quadro 4 - Análise dos resultados de exames	45
Quadro 5 - Capacidade para autocuidado.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura I - Fluxo de agendamento da primeira consulta	41
Figura II – Exame dos pés e deformidades	43
Figura III - Fluxograma para tratamento farmacológico.....	47

SUMÁRIO

1-CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....	15
1.1-INTRODUÇÃO.....	15
1.2- OBJETIVOS.....	21
1.3- METODOLOGIA	22
2.- CAPÍTULO II – RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
2.1- RESULTADOS	29
2.1.1 Processo de Construção do Programa	31
2.1.1.1- Grupo focal com usuários	32
2.1.1.2- Grupo de trabalho com Profissionais	35
2.1.2- Diretrizes do programa.....	37
2.1.3 Implantação do Programa DM	50
2.1.3.1-Grupos focais com usuários após início de implantação	50
2.1.3.2- Grupo de trabalho e questionário com profissionais após o início da implantação.....	52
2.1.4- Indicadores de implantação	57
2.2- DISCUSSÃO.....	62
3.- CAPÍTULO III – GUIA DE BOAS PRÁTICAS (PTT).....	66
4.- CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
4.1- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
BIBLIOGRAFIA	92
APÊNDICE A - TCLE-Profissionais	101
APÊNDICE B - TCLE- Usuários.....	104
APÊNDICE C - Roteiro para o primeiro grupo focal com usuários	106
APÊNDICE D - Roteiro para os próximos grupos focais.....	108
APÊNDICE E - Roteiro para grupo de profissionais.....	109
APÊNDICE F - Questionário para profissionais	111
ANEXO I – Parecer consubstanciado CEP	114

1-CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

1.1-INTRODUÇÃO

O Brasil vive nessas últimas décadas uma transição epidemiológica revelada pela tripla carga de doenças combinando doenças infecciosas, carenciais e causas externas e uma crescente e predominante presença de condições crônicas (Martins, 2021).

A transição epidemiológica que vinha ocorrendo até 2019 com redução das taxas de mortalidade por DCNT, Infecciosas e por causas externas foi descontinuado pelo aumento de mortalidade por causas infecciosas causado pelo covid-19 , pela desestruturação dos serviços, descontinuidade da atenção aos crônicos e pelo aumento de sequelas e necessidade de atenção continuada às pessoas acometidas pelo chamado "covid- longo" e deverá retornar ao seu processo de evolução com a redução nos óbitos com a vacinação.

Assim as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) continuam sendo um problema de saúde pública de grande proporção, a despeito da redução na mortalidade que estava ocorrendo na última década. Estudos demonstram que 43% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*disability adjusted life years – DALY*) são devidos as DCNT. Costa (2020).

Hoje, ainda são responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento, respondem por 72% das causas de mortes. além da perda de qualidade de vida com limitações nas atividades de trabalho e lazer, impactos econômicos nas famílias e sociedade.

A atenção primária a saúde (APS), em sua importante atribuição de principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como um grande desafio a atenção à saúde para as pessoas que vivem com doenças crônicas, uma vez que a atenção integral exige seguimento com longitudinalidade e coordenação do cuidado da APS com a rede de serviços.

Segundo Nóbrega, entre as doenças crônicas não transmissíveis o Brasil possui 14,3 milhões de indivíduos que apresentam diabetes mellitus, o maior número entre os países da América do Sul e Central (Nóbrega, 2019).

Em relação ao diabetes mellitus, segundo Malta (2019), de acordo com a análise por estado, os padrões tenderam a ser semelhantes, com diminuição dos óbitos prematuros por DCNT na maioria dos estados. Entretanto, em relação ao diabetes e às neoplasias, a maioria dos estados apresentou tendências crescentes ou estáveis. Além da mortalidade o que se tem que levar em conta são os anos de vida saudável perdidos em virtude de incapacidade já que o DM está relacionado diretamente maior incidência de insuficiência renal, cegueira, amputações de membros inferiores, infarto e doenças cerebrovasculares com prejuízos à autonomia e qualidade de vida desses indivíduos assim com aumentando a carga para o sistema de saúde. (Costa 2020). Essas complicações crônicas do diabetes causam prejuízos à capacidade funcional, autonomia, qualidade de vida e dificultam o acesso a serviços de saúde. As projeções feitas nos indicadores dos estudos de Carga Global da Doença (GBD)) mostram a tendência de aumento da expectativa de vida, mas com incapacidades e sequelas o que pode causar um grande ônus para os pacientes e suas famílias assim como para o sistema de saúde. (Santos, 2018; Costa, 2020).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes “Diabetes e suas complicações constituem as principais causas de mortalidade precoce na maioria dos países; aproximadamente 4 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram por diabetes em 2015, o equivalente a um óbito a cada 8 segundos.” (SBD, 2019).

Em relação às complicações crônicas a doença renal do diabetes ocorre de 30% a 50% dos indivíduos com diabetes e é a principal causa de terapia renal substitutiva, a neuropatia periférica diabética ocorre em 49% dos indivíduos com diabetes e a retinopatia diabética está presente de 35 a 40% dos indivíduos (SBD 2019-20).

Sendo o diabetes mellitus uma condição sensível a atenção primária se espera que medidas de prevenção e cuidado nesse ponto da rede possam ser mais facilmente implantadas e efetivas para promover a prevenção secundária do DM e o acompanhamento das pessoas que convivem com DM, evitando ou retardando o surgimento de complicações crônicas como pé diabético, amputações, retinopatia, cegueira e nefropatia, contribuindo para uma assistência de melhor qualidade para esses indivíduos.

Durante a pandemia de covid-19, o distanciamento social e o confinamento necessário para sua contenção causaram elevação na frequência de comportamentos de risco como sedentarismo, mudança de hábitos alimentares e, conseqüentemente aumento

de peso, que resultaram na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (Malta, 2020).

Além desses fatores, Banerjee, Chakraborty & Pal (2020) ressaltam que a concentração dos serviços de saúde no atendimento de casos de covid -19 e a própria solicitação para que as pessoas ficassem em casa para se protegerem de contaminação, impediu o acesso ao seguimento médico regular e a obtenção de medicamentos e insumos, com piora nas atitudes de autocuidado e adesão ao tratamento (Banerjee et al 2020; Silva-Tinoco & Torre-Saldaña, 2021).

Muitas pessoas que vivem com doenças crônicas, especialmente aqueles com diabetes mellitus, abandonaram o tratamento durante a pandemia de covid-19 (SILVA-TINOCO & TORRES SALDANHA, 2021) e chegam ao serviço de saúde frequentemente com um elevado grau de descompensação, muitas vezes já com complicações relacionadas à patologia de base. Além disso, a oferta de cuidado dos pacientes crônicos na APS está deficiente e desorganizada principalmente em decorrência das mudanças realizadas durante os primeiros anos da pandemia de covid-19. Essa situação tem sido um ponto de insatisfação de muitos profissionais da APS no período após o ápice da pandemia por covid-19.

A APS, com seus princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade, seu conjunto de ações individuais e coletivas, conhecimento da população do seu território apresenta condições para que suas ações repercutam positivamente no resgate do cuidado, no controle das DCNT e na qualidade de vida desses pacientes (Marinho, 2016; Giovanella et al, 2021).

A reorganização das atividades das equipes de atenção primária a saúde para o alcance de melhores resultados na atenção às doenças crônicas deve basear-se nos princípios e atributos da APS e do SUS, buscando desenvolver uma atenção integral, universal e com equidade, cumprindo a função da APS de coordenadora do cuidado (Brasil, p. 37, 2014).

Para uma atenção integral e equânime às pessoas que vivem com DM é importante considerar os indivíduos em seu cuidado singular, com suas vulnerabilidades e potencialidades. Para tanto, além do conhecimento dos casos com suas especificidades é oportuno trabalhar com o conjunto de pessoas que convivem com DM na comunidade, ou seja, no território de cada unidade de atenção primária a saúde.

A literatura aponta que a utilização dos serviços de saúde nem sempre promovem a equidade e muitas vezes os indivíduos que mais precisam ou que apresentam maior risco e vulnerabilidade tem maiores dificuldades para ter acesso e cuidado (Brasil, 2014; Mendes, 2012).

Da mesma forma, “(...) *quando uma população não é estratificada por riscos pode-se subofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobre ofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente*” (Minas Gerais, p.39, 2013).

Nesse sentido, e segundo as dificuldades apontadas, faz-se necessário implementar um programa de cuidados com protocolo de atendimento, classificação de risco e fluxograma de seguimento e tratamento com o objetivo de retomar e reorganizar o cuidado dos pacientes com DCNT em atendimento nessa unidade.

Existem diversos protocolos, diretrizes, planos de ações e linhas de cuidado formuladas para o cuidado com Diabetes mellitus como os cadernos de atenção Básica do MS, as diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Para resolver dificuldades de um sistema capaz de responder as situações de saúde dominadas por condições crônicas foram criados modelos como CCM (modelo de atenção crônica), o modelo pirâmide de risco e posteriormente o MACC (modelo de atenção as condições crônicas derivado do CCM, mas adaptado para o sistema público Brasileiro (Mendes, 2018).

Mesmo assim vários artigos e revisões mostram grande dificuldade na implantação desses sistemas e protocolos que se distanciam das práticas da APS ou não recebem apoio das esferas municipais no sentido de manter equipes de saúde multiprofissionais e capacitadas para essa necessidade (Venancio, 2016; Marinho, 2016; Borges, 2018).

As ações para controle do diabetes mellitus (DM) na Atenção Básica (AB) estão organizadas em duas dimensões: Político-Organizacional e Técnico-Assistencial. A primeira se refere à gestão da saúde, que deve garantir os recursos estruturais e organizacionais necessários, enquanto a segunda trata da atuação dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para alcançar resultados efetivos, é essencial que as equipes de saúde sigam as diretrizes e organizem bem seu trabalho. O sucesso dessas ações depende da interação entre a gestão municipal e os profissionais das UBS ademais alguns fatores como compromisso político, outras formas de assistência, mídia, indústrias alimentícia e farmacêutica, e vulnerabilidades sociais podem influenciar a implantação e os resultados dessas ações (Borges, 2018).

Assim, estudos relatam barreiras e dificuldades de adesão ao tratamento em Silva (2021), baixa qualidade de vida relatado por Nobrega (2019), falta de implementação das políticas públicas de Atenção às pessoas com diabetes por Marinho (2016), falhas no itinerário terapêutico dos usuários com DM por Barreto(2022) e comprometimento do cuidado das condições crônicas no período da pandemia relatado por Cavalcante(2023) e Malta (2020) mostram que a reorganização da atenção primária é tão necessária quanto difícil e talvez ações participativas e formuladas em conjunto pelos integrantes das equipes e usuários possam corresponder mais às necessidades e realidade prática dos indivíduos que convivem com diabetes.

Segundo uma revisão sistemática de Evans et al (2021) a adesão média aos medicamentos antidiabéticos em todos os estudos foi de 51,2%. No Brasil segundo Arrelias et al (2015) cerca de 98,3% apresentaram não adesão ao plano alimentar, 41,9% à atividade física e 15,8% ao tratamento medicamentoso. Todas essas barreiras não mostram o quão difícil e complexo continua sendo o cuidado das pessoas que convivem com diabetes.

Os obstáculos ao cuidado com essa condição permeiam as práticas de atenção por parte dos profissionais envolvidos e um estudo de Muzy J et al (2021) mostra que em relação ao exame de fundo de olho no Brasil, 20% dos diabéticos nunca realizaram esse exame, e em relação ao exame nos pés 55.1% nunca tiveram seus pés examinados mostrando a falta de efetividade da atenção primária e refletindo em

maior incidência de internações por condições sensíveis a atenção básica e em piores condições de saúde

Entre as pessoas com DCNT, as que vivem com DM requerem cuidados específicos e devem ser abordados por protocolos que atendam às suas necessidades de cuidado. Assim, ainda que seja importante, e possível, desenvolver estratégias para o conjunto das pessoas com DCNT, o desenvolvimento de estudos que tomem por população alvo apenas as pessoas com DM pode ser um primeiro passo nessa direção.

Como construir um programa viável e que atenda às necessidades de cuidado individual e coletivo das pessoas com diabetes?

Seria viável uma construção conjunta desse programa alicerçada na aproximação de saberes de modo a contribuir para a promoção de mudanças ao bem-estar coletivo das pessoas? (Parenti,2010; Coletti,2021; Almeida, 2019)

Dessa forma, este estudo tem por objeto a organização da atenção a pessoas com diabetes mellitus, com a formulação e implementação de um programa que permita o resgate do seguimento e implantação de protocolos de atendimento, classificação de risco e fluxograma em uma UBS do município de Sorocaba.

1.2- OBJETIVOS

Geral:

Formular e implantar um programa de atenção integral às pessoas que vivem com *diabetes mellitus* em serviço de atenção primária à saúde.

Objetivos específicos:

Identificar os principais obstáculos ao acesso e seguimento na unidade básica a partir da experiência de usuários e profissionais de saúde

Definir ações, fluxos e periodicidade das consultas e outras atividades segundo classificação de risco e a partir dos obstáculos identificados.

Desenvolver proposta de temas para as atividades educativas.

Desenvolver proposta de monitoramento do programa de atenção integral a pessoa com *diabetes mellitus*.

Desenvolver Guia de boas práticas para atenção integral às pessoas com *diabetes mellitus*

1.3- METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação (Tripp, 2005), participativa, baseada na construção de uma proposta de intervenção programática para a atenção a pessoas que vivem com diabetes mellitus em serviços de atenção primária à saúde, realizada por meio de uma abordagem multimétodos. O programa foi desenvolvido e implementado durante o período de março de 2023 a maio de 2024, em uma unidade básica de saúde do interior paulista.

O trabalho foi desencadeado a partir de um problema identificado pelos profissionais da unidade, no período de reorganização das ações após o auge da pandemia por covid-19, em relação à necessidade de reestruturação do cuidado voltado às pessoas com condições crônicas, entre as quais se destacavam aquelas com diabetes mellitus. A formulação, implantação e análise do trabalho contou com a participação do conjunto dos profissionais da unidade que se encontravam motivados para elaborar em conjunto uma nova proposta de atenção às pessoas com *diabetes mellitus*, com base técnico-científicas e coerentes com os princípios e diretrizes da APS e do SUS. Contou também com a participação de usuários da unidade básica tanto na formulação do problema como durante o processo de implantação da proposta programática.

Neste sentido, o presente trabalho segue os pressupostos definidos para a pesquisa-ação, uma vez que, segundo Thiollent:

“(...) a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (Thiollent, p.14, 1985).

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com o que é preconizado pela International Collaboration for Participatory Health Research (Wright, 2018) segundo a qual a pesquisa-ação participativa em saúde (PaPS) deve ser entendida como uma abordagem, um paradigma de pesquisa, e não um método. O paradigma de pesquisa orienta o processo de investigação e a participação sendo o método de pesquisa. (Wright, 2018)

Desta forma, o presente trabalho apresenta as características de uma pesquisa-ação participativa, conforme a ICPHR, quais sejam: ser participativa, contextualizada, coletiva, visar uma mudança social positiva, promover reflexividade crítica, produzir conhecimento que é local, coletivo, co-criado, dialógico e diversificado, obedecer a critérios de validade específicos e ser um processo dialético caracterizado por alguma desordem (Wright, 2018)

O trabalho foi desenvolvido em conjunto com os profissionais da unidade básica de saúde para determinar as prioridades, com a responsabilidade do pesquisador para dirigir o processo de pesquisa com compartilhamento de conhecimentos, a fim de criar uma nova compreensão e um trabalho em conjunto com o pesquisador para formar planos de ação.

A abordagem multimétodos realizada, melhor descrita a seguir, integrou métodos quantitativos e qualitativos tanto na coleta quanto na análise de dados, permitindo múltiplas formas de compreender o problema, as ações de intervenção propostas e o processo de implantação. Segundo Creswell e Clark (2011), essa abordagem é pluralista e prática, buscando “o que funciona” para responder às questões de pesquisa.

1.3.1- Desenvolvimento de um novo programa

O estudo foi realizado em uma unidade organizada segundo a Estratégia de Saúde da Família, composta por três equipes. Cada equipe conta com médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes de saúde sendo a pesquisadora médica de uma dessas equipes da unidade.

A Unidade básica fica localizada em uma região periférica, distante do centro da cidade, com características semirrurais, uma vez que é constituída por pequenos bairros entremeados por chácaras.

O trabalho de elaboração do programa foi desenvolvido entre março e abril de 2023, com início da implantação em maio do mesmo ano. Nos dois primeiros meses foram realizados os grupos de estudo com profissionais e o grupo focal com pessoas que vivem com diabetes.

A pesquisa foi coordenada pela pesquisadora, envolvendo todas as fases do desenvolvimento do programa.

O conteúdo central e impressões da pesquisadora sobre cada reunião e ao final dos grupos focais, foram registrados em caderno de campo, constituindo-se em material para análise de todo processo.

1.3.1.1 Preparo do campo

Sensibilização:

Antes da constituição oficial do grupo, foram realizados diálogos individuais com todos os profissionais da equipe de saúde da unidade básica. Esses encontros tiveram como objetivo sensibilizar os profissionais sobre a importância de um programa de atenção integral a pessoas com diabetes mellitus e convidá-los a participar do grupo de trabalho.

Durante essas conversas, foram destacadas as lacunas na assistência aos pacientes diabéticos e a necessidade de uma abordagem mais integrada e holística. Os profissionais foram convidados a contribuir com suas experiências e conhecimentos para o desenvolvimento do programa, enfatizando a importância de sua participação ativa e engajamento.

Formação do Grupo de Trabalho:

Para desenvolvimento dos protocolos e estratégias de resgate e manutenção do seguimento que compõem o programa, foi constituído um grupo de trabalho responsável pelo desenvolvimento e execução das várias etapas do projeto coordenada pela pesquisadora. O grupo de trabalho contou com a participação dos profissionais das três equipes da unidade e dos residentes médicos e de enfermagem, sendo três médicos incluindo a pesquisadora, que coordenou o grupo, três residentes de medicina de família e comunidade, duas residentes de enfermagem em saúde da família, três enfermeiras, uma técnica odontológica e uma enfermeira coordenadora da unidade, com adesão daqueles que voluntariamente aceitaram participar desse processo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme anexo.

As reuniões com o grupo foram realizadas na sala de reunião da unidade, com horário protegido, tiveram duração entre 2 e 3 horas, foram gravadas em áudio e transcritas

integralmente, sendo o material utilizado para a organização do programa e para análise posterior por análise temática.

Levantamento bibliográfico:

Foi realizado pelo grupo de trabalho nas bases de dados: Index Medicus (Medline), U.S. National Library of Medicine National Institute of Health (PubMed), Scientific Electronic Library On-line (SciELO), da Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal Periódicos (CAPES), além de livros técnicos e publicações do Ministério da Saúde.

Entre as diretrizes e manuais relevantes na esfera federal, destacam-se os Cadernos de Atenção Básica. O Caderno 35 oferece estratégias para enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), enquanto o Caderno 36 foca especificamente no cuidado com o diabetes mellitus (DM). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022 tem como objetivo promover a implementação de políticas públicas eficazes e fortalecer os serviços de saúde para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco. Além disso, este plano estabelece diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado.

No âmbito estadual e municipal, alguns protocolos, linhas de cuidado e programas foram fundamentais para a elaboração do programa. Exemplos importantes incluem o Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis de Ribeirão Preto (2021), a Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus do Governo do Estado de Santa Catarina (2018), e o Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (São Paulo, 2020). Esses documentos proporcionam um enfoque prático e direcionado para as ações de cuidado na atenção básica.

Esse material foi revisado pelo grupo de trabalho constituindo a base técnica das proposições do programa. (com as palavras chaves: diabetes mellitus, atenção primária, atenção integral à saúde)

Reconhecimento das necessidades sentidas pelas pessoas com DM

Para escuta e apreensão das necessidades sentidas pelas pessoas com DM foi realizado inicialmente um grupo focal com 12 usuários com DM atendidos na unidade, aceitaram participar e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE, em anexo), seguidos de outros 4 grupos focais com usuários para monitoramento do processo de implementação do programa. O grupo focal inicial também permitiu levantar elementos para elaboração de medidas educativas de autocuidado.

Para a análise dos grupos focais foi utilizado a análise temática que oferece uma visão detalhada das crenças e comportamentos dos participantes, categorizando dados para identificar temas recorrentes. Os indivíduos convidados para fazerem parte do grupo inicial foram diabéticos usuários do serviço convidados aleatoriamente pelas 9 agentes de saúde para participarem voluntariamente do grupo de forma que existissem pessoas das 3 equipes que compõe a unidade. Formaram o grupo 5 indivíduos do sexo masculino e 7 do sexo feminino com idades que variaram de 43 a 74 anos. O grupo foi realizado em uma sala da unidade de saúde e conduzido por meio de roteiro (apêndice C) com a participação de um moderador (a própria pesquisadora) e de um relator. A reunião foi transcrita para possibilitar a análise qualitativa posterior.

1.3.1.2- Formulação do programa de atenção integral às pessoas com DM.

Com base na revisão realizada, nas questões identificadas pelo grupo de trabalho e no grupo focal com usuários, foi elaborado um programa de atenção integral às pessoas com DM. Durante o processo de implantação, o programa foi revisto e ajustado de acordo com as dificuldades e necessidades identificadas, a partir do monitoramento da proposta inicial, reuniões com profissionais e caderno de campo realizado durante todo o percurso de implantação

1.3.1.3- Monitoramento do processo de implantação:

O monitoramento do processo de implantação proposto refere-se ao acompanhamento e ajustes do programa proposto, além de verificar sua efetivação.

Durante o processo de implantação foram realizados outros quatro grupos focais com usuários, a cada três meses, para acompanhamento da percepção das mudanças implementadas (Apêndices D e E). Foram realizados também reuniões com o grupo de trabalho para estímulos a manutenção da qualidade do atendimento e correções e adequações necessárias.

Além dos relatos dos profissionais e dos usuários, as variáveis de monitoramento são constituídas pelos itens definidos nas fichas de registro dos atendimentos.

Foram avaliados trimestralmente dez por cento dos atendimentos de primeira consulta realizados com base nos indicadores definidos como quantidade de usuários com exame dos pés realizado, exames de acordo com protocolo (Hb. glicada e fundoscopia), e usuários com classificação de risco.

O acompanhamento foi feito por meio de supervisões realizadas pela pesquisadora responsável durante o processo de trabalho, no cotidiano do serviço, e discutidas em reuniões trimestrais do grupo de trabalho.

Ao final do período de implantação, no último trimestre, foi aplicado um questionário (Apêndice F) aos profissionais envolvidos no processo para apreensão das percepções desse grupo e suas sugestões. Participaram da pesquisa oito profissionais, sendo dois médicos, três residentes e três enfermeiras, com o objetivo de captar suas opiniões e perspectivas pessoais sobre o programa.

O material finalizado após o primeiro ano de implantação será apresentado e encaminhado à gestão municipal de modo a partilhar os resultados com as demais unidades e avaliar a possibilidade de desenvolvimento do mesmo em base digital para implantação em outras unidades.

Aspectos Éticos

A participação na pesquisa foi voluntária e podia ser interrompida a qualquer momento. A integridade dos participantes foi preservada, e a moral foi protegida pelo sigilo. No conteúdo das entrevistas com usuários foi garantido o anonimato das respostas excluindo informações identificáveis. As questões foram formuladas de

maneira respeitosa e pertinente ao assunto, evitando causar desconforto ou emitir julgamentos, garantindo que as respostas representassem fielmente a realidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (6.259.774/2023) e seguiu as resoluções 466/2012 e 510/2016. (Anexo I)

2.- CAPÍTULO II – RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1- RESULTADOS

A elaboração do programa resultou das questões trazidas pelos usuários, da experiência pregressa da equipe na atenção ao DM2 e da compilação de protocolos e normativas indicadas na literatura e das políticas de saúde voltadas para a atenção às pessoas com DM2.

O período de implantação analisado cobre um ano de trabalho, desde o desenvolvimento até maio de 2024.

Atenção ao Diabetes Mellitus - Contexto e local de estudo

Cada uma das três equipes da unidade de Saúde da Família conta com médicos, enfermeiros, odontólogos, assistente de saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, somando um total de 18 profissionais, sendo três médicos, três enfermeiras, dois odontólogos, uma técnica de saúde bucal, três técnicos de enfermagem e nove agentes de comunitários. O serviço recebe anualmente residentes Saúde da Família de medicina e enfermagem.

A unidade está situada no extremo leste da cidade, distando 18 km do centro. A população apresenta características semirrurais, uma vez que as pessoas moravam em chácaras e sítios que formavam o território e que foram se transformando em loteamentos e se urbanizando, mantendo uma mescla urbano-rural. Por outro lado, é o bairro mais próximo da zona industrial e por isso oferece boas condições e facilidade para pessoas que trabalham em indústrias e empresas desse setor e atraem pessoas jovens que chegam para trabalhar de diversas partes do país. Desse modo, o território mescla grupos populacionais com características distintas, um grupo com pessoas mais idosas e seus descendentes, e outro com população mais itinerante e mais jovem somando aproximadamente 18 mil pessoas. A unidade de saúde conta com 15 mil cadastros que são distribuídos nas três equipes de acordo com a territorialização realizada. O território apresenta alguns locais com condições adequadas de moradia e saneamento e outros com ocupações irregulares e situação

sanitária ruim. A maioria da população residente depende das ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

O acesso aos serviços de saúde na unidade escolhida se dá por meio de acolhimento à demanda espontânea, atendimentos programáticos (puericultura, pré-natal, saúde da mulher e doenças crônicas), Visitas Domiciliares (VD), vacinas e grupos de educação em saúde voltados às gestantes e aos usuários com doenças crônicas.

Durante o período de 2017 a 2019 havia na unidade um profissional que acolhia os usuários com diabetes e hipertensão e era responsável por fazer a pré-consulta e a pós-consulta, marcar exames e consultas. Frequentemente os usuários ainda se referem a esta sala como a sala do PHD (Programa de hipertensão e diabetes). Essa forma de acesso e cuidado foi desativada por falta de profissionais suficientes para manter outros serviços da unidade. Esse formato se mostrou muito interessante pois facilitava o acesso desse grupo de usuários e reduzia o absenteísmo.

Desde 2014 até 2019-2020 a unidade contava com equipe multidisciplinar, uma vez por semana, composta por educador físico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, integrantes de um núcleo de apoio a saúde da família (NASF), desativada no início de 2020.

Antes do início do projeto, em 2022, o atendimento estava organizado segundo o modelo de acesso avançado (Wollmann *et al*, 2014) com os poucos agendamentos necessários realizados inicialmente de modo presencial e depois por aplicativo sem uma priorização por tipo de demanda. O atendimento às pessoas com DM estava incluído dentro desta demanda, não obedecendo a nenhum protocolo sistematizado, sem estratificação de risco, periodização padronizada e planificação do cuidado. Este modelo de acesso não se mostrou adequado à realidade do território, principalmente pela falta de planificação do cuidado, uma vez que a equipe constatou que os usuários se repetiam e muitos não estavam acessando o serviço.

O acesso avançado manteve-se até setembro de 2023. A partir deste período, durante a implantação do programa, houve uma nova orientação por parte da gestão municipal para mudança na forma de agendamentos, com agendamentos abertos sem limites de tempo, o que causou pré agendamentos com intervalos de tempo prolongados, conforme a agenda se esgotava.

Para atenção às pessoas com DM atualmente são realizados dois tipos de grupo – um presencial, uma vez por mês, coordenado pela médica responsável, e que já ocorria desde 2013; e outro virtual, constituído a partir da pandemia, que ocorre conforme demanda e orientado pelas agentes comunitárias. Os grupos sempre foram abertos à participação dos usuários com DM tipo 2, com uma presença média de aproximadamente 8 pessoas no grupo presencial, e um número variado no grupo virtual, segundo a entrada por meio de QR CODE afixado nos consultórios da unidade.

O grupo presencial ocorre uma vez por mês, no período da manhã. O convite é feito através do grupo virtual, cartazes afixados na unidade e por convite durante as consultas médica e de enfermagem. Nesse grupo são abordados temas como alimentação, qualidade de vida, atividade física, terapêutica medicamentosa e outros temas que são sugeridos em enquetes realizadas no grupo virtual, de forma dialogada, com espaço de escuta para atender às necessidades e vivências das pessoas. Esses temas são abordados principalmente por metodologia ativa e contam com a participação de convidados de outros serviços ou de profissionais da própria unidade de forma a enriquecer as discussões e ampliar a apropriação do grupo pelos colaboradores da UBS.

O grupo virtual tem o acesso através de QR code afixado nos consultórios. A participação neste grupo tem sido crescente e mantém atualmente uma média em torno de 40 pessoas que interagem dividindo receitas, notícias e informações relacionadas ao diabetes e nele são propostos ações e temas para o grupo presencial.

2.1.1 Processo de Construção do Programa

A elaboração da proposta de atenção às pessoas com DM foi iniciada com a constituição de um grupo focal com usuários portadores de DM, com o objetivo de identificar os obstáculos e dificuldades percebidas pelo grupo no cuidado com a saúde e as principais demandas e necessidades que vinham sendo sentidas no contexto pós pandêmico. Os resultados desse primeiro grupo com usuários subsidiaram o grupo de trabalho para elaboração da nova proposta de atenção.

2.1.1.1- Grupo focal com usuários

Apresentamos a seguir a descrição dos principais pontos levantados pelos usuários. Buscamos com esse grupo compreender quais são os obstáculos e dificuldades que esse grupo de usuários portadores de Diabetes encontram na assistência à saúde. Participaram do grupo 12 usuários, dos quais 8 mulheres e 4 homens com idade variando entre 43 e 74 anos. Para preservar suas identidades os sujeitos foram identificados por números agregados a letras (M para indivíduos do sexo masculino e F para indivíduos do sexo feminino).

Em relação ao primeiro tópico, sobre as dificuldades e entraves encontrados no cuidado do DM desde o diagnóstico se percebe que os obstáculos podem ser divididos em financeiros que são relacionados com as dificuldades com a aquisição de medicamentos, falta de acesso e disponibilidade de alimentos, e os obstáculos relacionados a mudança no estilo de vida e emocionais como a dificuldade em lidar com as restrições alimentares e descontrole glicêmico motivado por alterações emocionais como exemplifica as falas descritas a seguir:

"(...)difícil mesmo é a gente que sobrevive com benefício conseguir comprar os remédios. Antes não faltava tanto como agora. Faz uns 6 meses que não tem meu remédio de diabetes na farmácia do posto. Às vezes eu consigo comprar, mas é difícil."(F1)

"(...) tenho 5 filhos e não vou fazer uma comida diferente para mim. Aqui não tem feira, o supermercado é longe e eu não consigo voltar cheia de sacolas. Trago o que todo mundo come. A minha médica quer que eu coma verduras, mas ninguém come em casa."(F4)

"(...) aí tem aquela ansiedade que vem e faz a gente querer comer doce. É só assim que fico boa."(F3)

"(...)eu acho bem difícil ter essa "tiabetes". É só eu ficar nervosa ela sobe, mesmo sem comer nada errado"(F2)

As principais dificuldades elencadas em relação à organização da atenção realizada na unidade se referiam a obstáculos produzidos pelo próprio serviço como dificuldade

de acesso, falta de acompanhamento do automonitoramento realizado, alta rotatividade de médicos dificultando o autocuidado de acordo com essas falas:

“(...) o maior problema é a dificuldade para marcar consultas, tem que chegar muito cedo e às vezes ainda assim não consigo.”(M3)

“(...) eu nunca consigo passar em consulta quando preciso! Todo mundo consegue menos eu!”(M1)

“(...) eu achava bom quando tinha a sala de PHD (Programa de Hipertensão e Diabetes) e a gente saia da sala do médico e já passava para marcar o retorno. Ficava melhor daquele jeito. Tem como voltar?(F3)

“(...) eu acho que se tivesse mais consulta, a cada mês, a gente se controlava mais. Eu percebo que quando tenho que mostrar controles eu capricho mais”(F5)

Outros pacientes relatam ter pouca informação sobre o DM, não ter conhecimento suficiente sobre alimentação e que gostariam que os grupos de diabetes fossem mais frequentes mostrando algumas áreas que necessitam de atenção como educação para o autocuidado ao DM, mais atividades grupais para as pessoas com DM em horários alternativos, mais apoio para lidar com o sofrimento mental (ansiedade, depressão), melhor acesso ao cuidado, considerando sua condição de DM, mais acesso a alimentos saudáveis como orientações sobre hortas, feira livre no território.

“(...)Eu acho o atendimento bom, mas gostaria de ter mais informações sobre diabetes principalmente alimentação, chás, e como lidar com a ansiedade.”(F3)

“(...) Mas aí tem os grupos de Diabetes! São bons e sempre explicam coisas diferentes e fico sabendo de muita coisa para ajudar no diabetes..., mas como ficamos alguns anos sem poder aglomerar as pessoas ficaram mais “largadas”. (F6)

“(...)Eu acho que vocês deveriam colocar de cartazes na unidade com as datas dos grupos. Eu nem fiquei sabendo!”(M4)

“(...)Nem adianta! ninguém lê cartazes e quem quer saber mesmo procura se informar. Depois que descobri DM, na época

da amputação procurei me cuidar mais e o DM tem ficado bem controlado. “(M2)

Em relação ao segundo tópico a maioria refere que fazem o tratamento na unidade básica, mesmo existindo dificuldades para o acesso, pois as alternativas possíveis são muito distantes, com exceção da utilização do UPA no bairro mais próximo ou no PA da cidade vizinha.

“ (...) outro dia fiquei chateada pois eu estava com dor e vim até a unidade, mas acabei indo ao PA pois a enfermeira falou que ia tentar um encaixe mas não sabia quando. “(F4)

“quando o posto está aberto a gente tenta encaixe aqui mesmo, se não tem que ir para o UPA que é longe e sempre lotado.”(F8)

Já em relação ao relacionamento com os profissionais de saúde muitos comentaram que não têm informações e ajuda adequada na recepção. Somente uma fala se referiu à equipe de saúde mostrando a falta de compreensão sobre as competências dos profissionais de enfermagem:

“(...) não tem conversa com a recepção”(M2)

“(...) são muito fechados na recepção, nem deixam e gente falar.”(M4)

“(...) queria passar com o médico e a enfermeira falou que meus exames estavam bons e que não tinha urgência em passar e que ia marcar outro dia, mas a enfermeira não sabe se está bom mesmo” (M1)

Quanto à qualidade do atendimento e sobre a relação com os médicos não tivemos muitas observações somente sobre a rotatividade e o fato de não poder escolher com que médico quer passar.

“(...) outro dia passei com uma médica que não explicou nada, muito seca e não queria mais passar com ela. Ela é nova aqui. Na recepção falaram que agora ela é a médica da minha área.

Gostava mais de médica de antes. Quando a gente acostuma eles vão embora!”(F7)

Em relação às sugestões:

“(...) eu acho que a prefeitura tinha que mandar médicos bons e não ficar trocando toda hora.”(F7)

“(...) eu acho que os grupos poderiam ser de manhã e à tarde assim mais gente consegue vir. (F6)

“(...) precisa dar um jeito de termos mais facilidade para as consultas, nós que somos diabéticos. Talvez voltar a ter a sala do programa de hipertensão e diabetes (PHD)...” (F3)

“(...) eu só acho que precisava ser mais fácil para marcar consulta quando precisamos” (M1)

“(...) podemos pedir para ter uma feira no bairro? Será que a gente consegue? Aqui é tão longe de tudo! ...e temos que cobrar da prefeitura que não tenha mais falta de remédios” (F1)

2.1.1.2- Grupo de trabalho com Profissionais

Os profissionais da unidade foram convidados para participarem do grupo e este aconteceu em horário protegido, na sala de reuniões da unidade. Estavam presentes todos os médicos e enfermeiros da unidade, residentes de enfermagem e medicina da família e comunidade, técnica odontológica e coordenadora da unidade. O grupo inicial ficou formado por três médicos (médicos das duas equipes da unidade mais 1 médica contratada por 15 horas), duas enfermeiras, uma enfermeira responsável pela coordenação da unidade, técnica odontológica, duas residentes de enfermagem e três residentes de medicina de família e comunidade. Esse grupo originalmente construído sofreu várias alterações de composição ao longo do ano em função de mudanças na composição das equipes.

Foi explicado novamente que esse grupo faz parte de um projeto de mestrado e sobre as motivações que impulsionaram a realização desta pesquisa e a necessidade de retomar o cuidado com pacientes crônicos, em especial os diabéticos, após a pandemia de covid -19. Foi assinalado que uma proposta integrada, com a

participação dos profissionais da unidade e dos usuários pode ser uma forma de construirmos um programa viável e que satisfaça as necessidades dos indivíduos portadores de diabetes. Após estes esclarecimentos realizamos a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e informado.

Com a finalidade de discutir as experiências dos profissionais da unidade acerca do tema, iniciamos a discussão pela análise das demandas do grupo de usuários e as suas impressões a respeito dos problemas apontados, obstáculos para o cuidado com a saúde e possibilidades de enfrentamento desses campos problemáticos.

Os profissionais concordaram com algumas observações dos usuários, como por exemplo, a falta de longitudinalidade, vínculo e responsabilização pelo paciente com a instabilidade na composição dos médicos na unidade.

“(...) veja, eu entrei aqui após sair da residência e estou aqui há 1 ano. Nesse período na outra equipe houve a troca de 3 médicos. E muitas vezes esses médicos de contrato sabem que vão ficar pouco tempo e evitam ter um vínculo maior. (médico)

Em relação ao acesso existem ideias contrárias:

(...)“ eu acho que esses pacientes que são hiperfrequentadores acabam passando em consulta muitas vezes e assim não temos vagas que os pacientes mais graves” (médico)

(...)“ Mas esses pacientes também têm sua necessidade... talvez não seja grave para nós, mas para ele pode ser motivo de sofrimento” (residente)

(...)“A sala de PHD realmente funcionava muito bem. Os pacientes já saiam com a próxima consulta marcada, exames etc. Hoje com a falta de técnicos que temos não conseguimos mais manter essa oferta” (médico)

(...)“ estamos sem médico na equipe 3, aí todos nós ficamos mais sobrecarregados e realmente isso compromete muito a qualidade do atendimento. (médico)

(...)“ eu entendo que precisamos organizar essa demanda pois tenho percebido pacientes muito descontrolados e com complicações crônicas. É uma prioridade” (médico).

(...)‘As pacientes não aceitam passar em consulta com enfermagem o que ajudaria muito a diminuir a agenda dos médicos. Já tentamos e não vem ninguém”. (enfermeiro)

(...)“Talvez a partir dessa consulta integrada a gente consiga essa adesão dos pacientes à consulta de enfermagem e possamos fazer essas consultas sequenciais e diminuir esses intervalos entre consultas”. (médico)

A partir das discussões sobre as necessidades dos usuários e das experiências dos profissionais da unidade realizamos um estudo das principais diretrizes, manuais e diretrizes do Ministério da Saúde, e iniciamos a construção conjunta de um programa que contemple a solução dos problemas percebidos, dentro das possibilidades e da governabilidade da equipe.

Utilizamos para esse estudo: os Cadernos de Atenção Básica 35 e 36 (Brasil, 2013, 2014), Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (RIBEIRÃO PRETO,2021), Linha de cuidado à pessoa com Diabetes mellitus de Santa Catarina (Governo do Estado de Santa Catarina, 2018), Protocolos de atenção básica: condições crônicas (BRASIL 2016), Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis(DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (São Paulo, 2020), e Conduta Terapêutica no diabetes tipo 2- Algoritmo Sociedade Brasileira de Diabetes, (SBD, 2019) e deles extraímos e organizamos um programa possível para a nossa realidade e criamos a partir desses referenciais uma sistematização do atendimento para médicos e enfermeiros.

2.1.2- Diretrizes do programa

Em reunião com o grupo de trabalho para a produção do programa de cuidados com os usuários com Diabetes na unidade acordamos as seguintes diretrizes do programa:

- Os usuários farão agendamento diretamente na recepção, com vagas protegidas para esse fim, com sua equipe de área.
- Terão um cartão específico para esse grupo, além do cartão padrão da unidade;
- Ao final das consultas os usuários saem com as consultas de retorno e pedidos de exames marcados, de acordo com classificação de risco ou necessidade individualizada, conforme já definido pelo médico;
- Terão também a possibilidade de aderirem ao grupo virtual de Diabéticos em WhatsApp através do QR CODE que existe em todas as salas da unidade. Esse grupo de usuários com Diabetes virtual é uma forma de mantermos comunicação com o grupo, esclarecer dúvidas, realizar educação em saúde e onde divulgamos as reuniões específicas que existem na unidade entre outras atividades. Nesse grupo, além de médicos, enfermeiros e técnicos, participam os agentes comunitários de saúde que têm a incumbência de manter o grupo ativo convidando novos usuários, informando sobre atividades no bairro, realizando jogos educacionais sobre diabetes, trocas de receitas saudáveis para pessoas que convivem com diabetes. O grupo tende a ser dinâmico e se auto alimentar.
- Os usuários são convidados para o grupo presencial na unidade que acontece 1 x por mês.
- O grupo presencial deve contar com a participação de agentes comunitários de saúde e de outros profissionais da unidade de forma que todos participem e contribuam com a promoção do grupo. São usadas estratégias ativas de educação em saúde.
- Os grupos presenciais focam principalmente nas experiências, significados e sentimentos dos usuários em relação a sua condição crônica. A informação circula entre a experiência técnica dos profissionais e as vivências dos

participantes, promovendo a busca conjunta por soluções de maneira horizontal e significativa.

- Os usuários têm consultas com enfermagem e médico realizadas no mesmo dia. De acordo com a experiência do serviço, as consultas médicas e de enfermagem podem ser desvinculadas e ocorrerem de forma alternada.
- Essas consultas serão sistematizadas através de uma máscara de atendimento para enfermagem e médicos. O grupo considerou que dessa forma poderemos facilitar o trabalho das equipes, realizar um cuidado mais completo, planejado e coordenado para todos os profissionais. Para criar as máscaras de atendimento da primeira consulta foram utilizados os Protocolos de Doenças Crônicas não transmissíveis. (Ribeirão Preto, 2016), Protocolo de Atenção Básica-condições crônicas (BRASIL, 2016), conduta terapêutica no diabetes tipo 2. Algoritmo Sociedade Brasileira de Diabetes, (SBD, 2019) e Cadernos de Atenção Básica nº 35 (BRASIL, 2014) e Cadernos de atenção básica nº36. (BRASIL 2013)

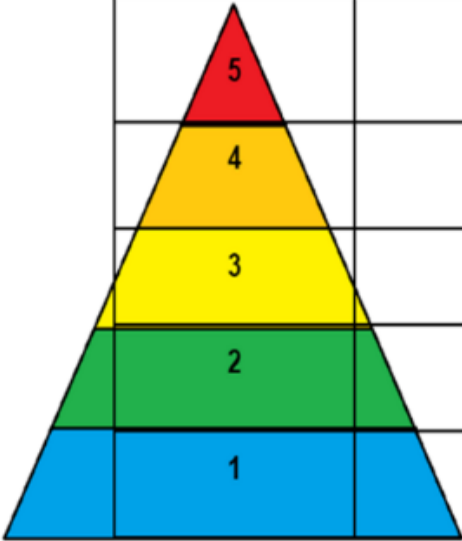
Serão realizadas as classificações de risco desses usuários e avaliação de autocuidado que orientarão a frequência das próximas consultas de acordo com o gráfico e o quadro de planificação do cuidado, conforme previsto no Caderno de Atenção Básica nº35, com a planificação adaptada à realidade da unidade, de acordo com os quadros a seguir.

Quadro 1 - Estratificação segundo o grau de severidade da condição crônica e capacidade de autocuidado

Grau de severidade da Condição crônica	Capacidade de autocuidado insuficiente	Capacidade de autocuidado suficiente
Grau 4- doença cardiovascular estabelecida	ESTRATO 5	ESTRATO 4
Grau 3 HAS/DM acima da meta, sinais de lesão em órgão alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda) Alto risco pela escala de Framingham	ESTRATO 4	ESTRATO 3
Grau 2 HAS/DM dentro da meta, baixo/médio risco cardiovascular pelo escore de Framingham	ESTRATO 2	ESTRATO 1
Grau 1- somente fatores de risco	ESTRATO 1	ESTRATO 1

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica nº35 (p44), 2014

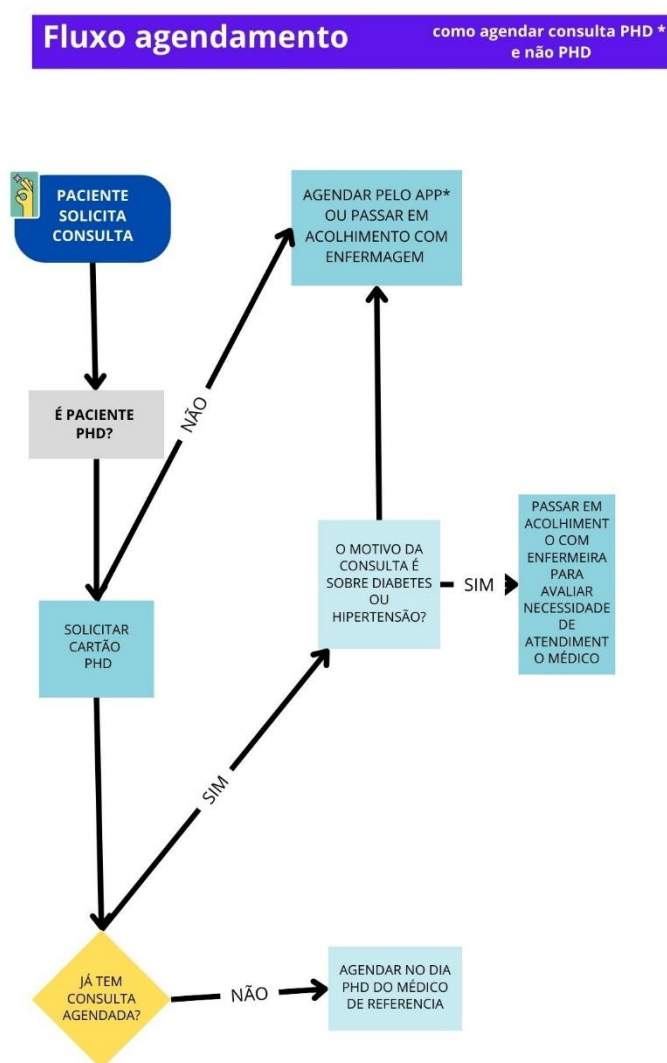
Quadro 2 - Planificação do cuidado segundo a Estratificação

GRUPO	FREQUÊNCIA DE CONSULTAS	PLANO DE CUIDADO
 5	trimestral	Especialidades + Gestão do caso
4	trimestral	Consultas sequenciais
3	semestral	Consultas + grupos
2	semestral	Consultas alternadas (enf/med)
1	anual	Consultas + grupos (grupo de qualidade de vida)

Fonte: Adaptado a partir de Caderno de atenção Básica nº35 (p 45), 2014

- Fluxograma de agendamento da primeira consulta de ingresso no programa

Figura I - Fluxo de agendamento da primeira consulta



PHD – PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES *

APP- APLICATIVO DE AGENDAMENTO DO MUNICÍPIO **

- **Máscaras para atendimento para primeira consulta**

As fichas padronizadas constam de itens iniciais que serão perguntados e redigidos pelo profissional, seguido de itens de múltipla escolha. As máscaras são modelos de entrevista que ficam arquivados no drive da unidade. Cada profissional copia o modelo, em word, e cola no PEC - prontuário eletrônico (E-SUS ou outros) de cada paciente de acordo com os campos adequados, conforme formulário abaixo.

I. Consulta de enfermagem

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio.

Dificuldades e déficit cognitivo: não () sim () //

Analfabetismo: não () sim ()

Diminuição da acuidade visual e auditiva: não () sim () Qual: _____

Insulina: realiza a autoaplicação? sim () não (),

Se não realiza, quem faz: _____

Por que não auto aplica: _____

Apresenta complicações e reações nos locais de aplicação: não () sim () quais: //

Realiza a conservação e o transporte de forma adequada () sim () não

Automonitorização:

Consegue realizar a verificação da glicemia capilar: não () sim () //

Apresenta dificuldades no manuseio do aparelho: não () sim ()

Orientação específica

Exame físico:

Peso: Altura: Circunferência abdominal:

PA sentado: MSD: MSE:

Glicemia capilar:

Cavidade oral:

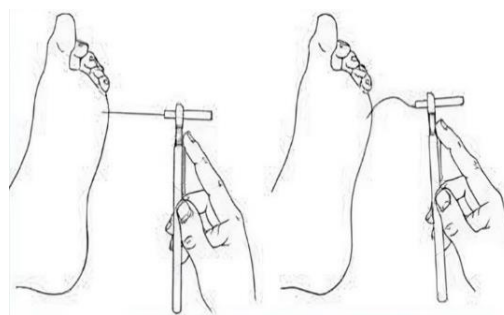
Presença de sangramento gengival: () Sim () Não

Xerostomia: () Sim () Não

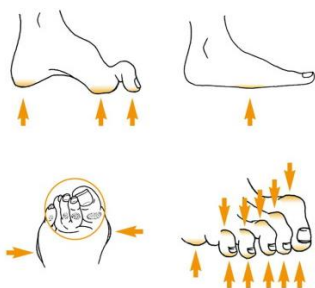
Presença de alguma lesão () Sim () Não

Encaminhar para consulta odontologia

Figura II – Exame dos pés e deformidades



Deformidades:



Artropatia de Charcot (desabamento) ()

Dedos em garra ()

Joanetes e dedos cavalgados ()

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020

Quadro 3 - Avaliação da pele

Avaliação da pele	Rastreio para neuropatia-Perda de sensibilidade protetora PSP-monofilamento 10 g
Pele seca / rachaduras ()	Sensível em todas as áreas ()
Unhas encravadas / mal cortadas ()	Uma ou mais áreas insensíveis ()
Maceração interdigital / micose ()	
Ulceração ()	Avaliação vascular- palpação pulsos
Calosidade ()	Pé D Pedioso () sim () não Tibial posterior () sim () não
Pele fria / cianose/palidez ()	Pé E Pedioso () sim () não Tibial posterior () sim () não
Pele quente / eritema/ edema ()	

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020

II. Consulta médica

Queixa atual:

Como você entende seu problema de saúde?

Seu problema de saúde mudou sua qualidade de vida? De que forma?

Medicamentos que faz uso:

Adesão total () parcial () Nenhuma () Motivo:

Perguntar: se esquece de tomar, fica alguns dias sem a medicação., medo de insulina, acha que quando a glicemia está normal não precisa tomar.

Efeitos colaterais:

Histórico:

Pessoais: Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () HAS () DM () Dislipidemia () Úlcera MMII () Amputações () DRC () Retinopatia () AVC/ AIT () IAM () HVE () Outros (). Quais:

Familiares: Histórico de evento cardiovascular H < 55 e/ou M < 65 () Outros (). Quais:

Hábitos alimentares:

Realiza as refeições assistindo TV, mexendo no celular ou computador:

() Sim () Não

Quais refeições realiza: () café da manhã () Lanche da manhã () Almoço ()

Lanche da tarde: () Lanche da tarde () Jantar () ceia

Ontem consumiu: () frutas () verduras/ legumes () hamburger/ embutidos () refrigerantes/ sucos adoçados () macarrão instantâneo/ salgadinhos/ biscoitos salgados () biscoito recheado/ doces/ guloseimas

Quantos copos de água toma por dia:

Obs:

Avaliar variedade e disponibilidade de alimentos da família, de modo a trabalhar o plano de cuidados dentro da realidade social da pessoa/família.

Avaliar condição de saúde bucal, funcionalidade mastigatória (presença e ausência de dentes) e, em caso de uso de prótese, verificar o estado da prótese e sua limpeza.

Hábitos de exercício físico:

() Não Motivo:

() Sim Qual?
Nº de vezes por semana:
Tempo de duração em minutos:

Exame físico:
Tórax:
Dispneia: Sim () Não () aos esforços () em repouso ()
Tosse: sim () não () produtiva sim () não ()
Murmúrio vesicular fisiológico: sim () não ()
Roncos/sibilos: sim () não ()
Estertores: sim () não ()
Ausculta cardíaca:

Abdome: plano () Globoso () assimétrico () flácido () tenso () doloroso ()
RHA: sim () não () - Massa palpável: sim () não ()
Visceromegalias: sim () não ()

Fonte Adaptado de Ribeirão Preto, 2021

Quadro 4 - Análise dos resultados de exames

Exame	Mês/ano									
Glicemia										
Hba1c										
Colesterol T										
HDL										
Triglicérides										
Ácido úrico										
Creatinina										
Ureia										
microalbuminúria										
Exame dos pés										
Fundoscopia										

Fonte: Maldonado, (2024.)

Quadro 5 - Capacidade para autocuidado

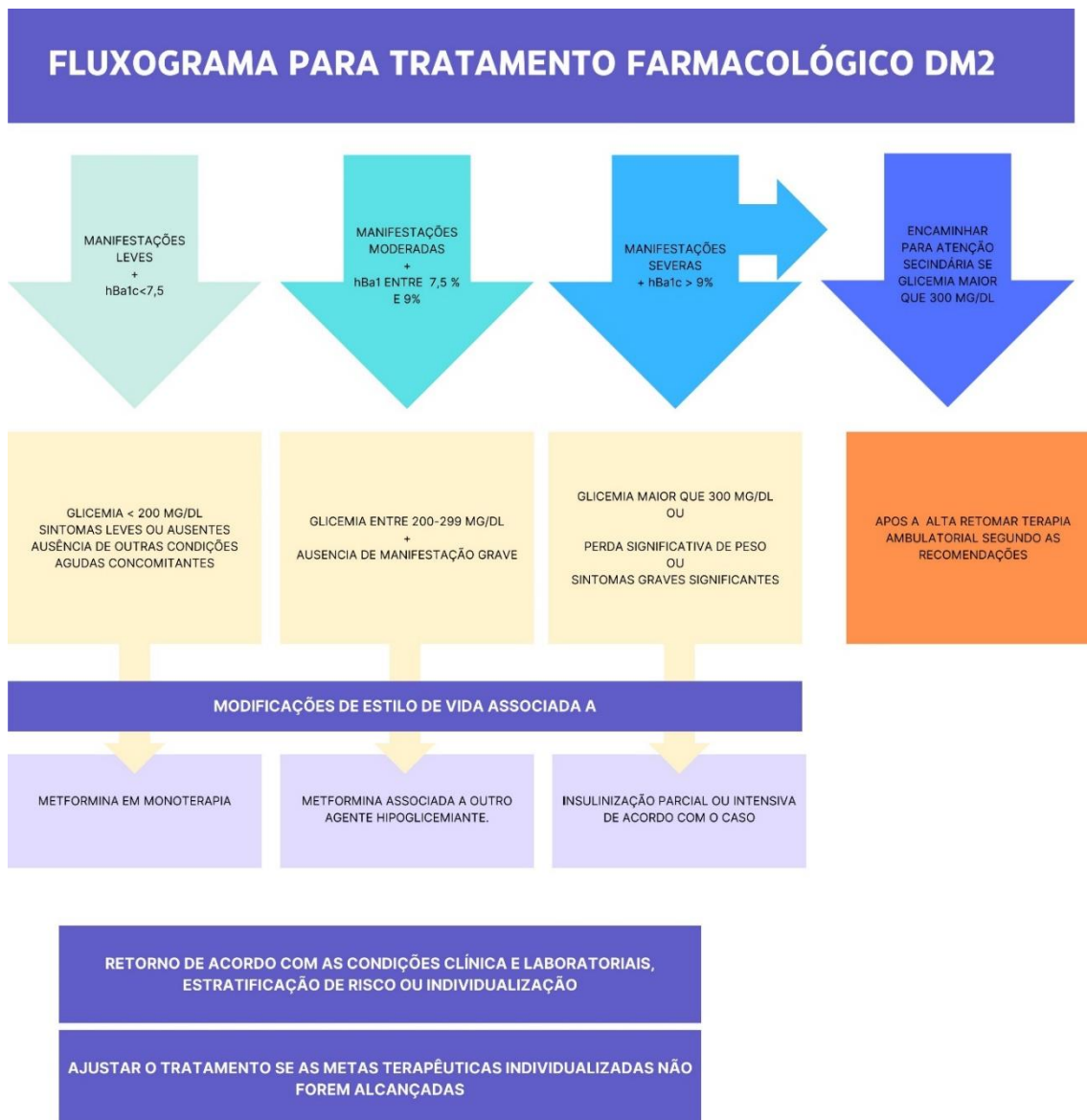
(As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente)

1. ALIMENTAÇÃO GERAL									
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7	
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou nutricionista) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA									
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?	0	1	2	3	4	5	6	7	
3. ATIVIDADE FÍSICA									
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7	
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA									
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5. CUIDADO COM OS PÉS									
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos, antes de calçá-los?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lava-los ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
6. MEDICAÇÃO									
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? Ou (se insulina e comprimidos)	0	1	2	3	4	5	6	7	
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0	1	2	3	4	5	6	7	
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7	
7. TABAGISMO									
7.1 Você fumou um cigarro - ainda que só uma tragada - durante os últimos sete dias? ☐ Não ☐ Sim									
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? - _____									
7.3 Quando fumou seu último cigarro?									
☐ Nunca fumou									
☐ Há mais de dois anos atrás									
☐ Um a dois anos atrás									
☐ Quatro a doze meses atrás									
☐ Um a três meses atrás									
☐ No último mês									
☐ Hoje									

Fonte: Michel et al (2010)

Segundo Suplici et al (2021) é desejável que a pessoa tivesse seguido as recomendações de cada um dos itens durante pelo menos cinco dias da semana

Figura III - Fluxograma para tratamento farmacológico



Adaptado de conduta terapêutica no diabetes tipo 2. Algoritmo SBD, 01/2019, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019.

- **Máscara PEC de atendimento das Consultas seguintes**

I. Consulta de enfermagem

Da nossa conversa na última consulta, o que você conseguiu melhorar?

Alimentação? Sim () o que?
Não () Porque?

Atividade física? Sim () o que?
Não () por quê?

Uso de medicamentos:
Sim () o que?
Não () por quê?

Ingesta hídrica: Sim () Não ()

Tabagismo: Sim () Não ()

Álcool: Sim () Não ()

Consulta odontologia: Sim () Não ()

Lazer? () Stress () apoio familiar ()

Rever: citologia oncótica

Vacina

Exame: PA mmhg

Glicemia capilar:

Peso: Altura:

II. Consulta médica

Como tem passado da última consulta até hoje?

Em relação ao que conversamos na última consulta você considera:

() Está se alimentando com melhor qualidade agora?

Explique o que mudou?

() Está tomando suas medicações com maior regularidade que antes?

Como está usando seus medicamentos?

() Não houve mudança de hábitos em relação ao que fazia antes?

Medicações em uso:

Efeitos colaterais:

Uso correto? Sim () Não () porquê?

Sono: Sim () Não ()

Quantas horas/noite

Faz uso de medicamentos para dormir () Sim () Não

Sente-se descansado após o período de repouso? () Sim () Não

Tem dificuldade para dormir? () Sim () não

Motivo:

Orientação higiene sono

Exames: Tabela no drive ou na consulta anterior se já tiver.

2.1.3 Implantação do Programa DM

Entre maio de 2023 e maio de 2024, foram realizadas 5 reuniões com profissionais e 4 grupos focais com usuários, e reuniões individuais com profissionais, para acompanhamento e ajustes na proposta inicial. Também foram realizados questionários com oito profissionais, cinco médicos e três enfermeiras, que estiveram presentes durante o processo de implantação do Programa.

2.1.3.1-Grupos focais com usuários após início de implantação

Após o primeiro grupo realizado com os usuários onde foram identificados as principais dificuldades e obstáculos ao tratamento do diabetes foram realizados 3 grupos focais para avaliação e percepção dos possíveis problemas referentes ao programa iniciado e compreender as considerações e percepções do grupo acerca do programa.

Nesses grupos compareceram em média 9 pessoas que foram indicadas pelos profissionais das equipes como pessoas que tinham passado em consulta do programa.

Após explicar o motivo do grupo, leitura e assinatura do TCLE foi iniciado o grupo. Em resposta as questões abertas que constam nos anexos obtivemos algumas respostas que puderam ser agrupadas

Problemas referentes às dificuldades pessoais para o cuidado com Diabetes e que não estão sendo cuidados na unidade como presença de algum sofrimento de saúde mental, ansiedade e depressão, falta de conhecimento sobre os fluxos na unidade, dificuldades tecnológicas para marcação de consultas, e para utilização de glicosímetros, pouco letramento em saúde. Estas passagens abaixo foram relatadas nos grupos:

...” Eu meço a glicemia, mas dá erro. Não sei o que acontece. Tenho dificuldade para lidar com o aparelhinho.”

(...) “eu não consigo agendar pelo aplicativo e não consigo usar o aparelho de medir glicose por causa da minha vista. A médica quer me passar insulina, mas não vou conseguir aplicar sozinha.

(...) "Tenho que vir até o posto para marcar as consultas e medir açúcar no sangue."

(...) "Eu tenho ansiedade e acho difícil controlar o que como. E aí o diabetes sobe muito."

E outros problemas relacionados com os processos de trabalho ou ação dos profissionais de saúde dentro da unidade como rotatividade de médicos, não adesão de profissionais ao programa, falta de divulgação sobre os grupos de diabetes., problemas relacionados ao acesso às consultas e exames. Algumas falas se referem ao período em que tivemos muitos profissionais com vínculo empregatício frágil em uma situação de precarização do trabalho em saúde e que não permaneciam na unidade de saúde como mostram os exemplos abaixo:

(...) "Eu queria passar sempre com o mesmo médico. Cada hora é um. E aí muitas vezes ele não me conhece. Isso é muito ruim."

(...) "Eu não tive os pés examinados na última consulta! Nunca tive os pés examinados!"

(...) "Eu ainda acho difícil marcar a consulta. Se não marcamos assim que saímos da consulta não conseguimos passar na data que foi pedido, fora que os exames estão demorando muito também."

(...) "Aconteceu comigo que eu marquei a próxima consulta logo que sai da consulta mais deixei para marcar os exames uns meses antes e não consegui."

(...) "A minha médica estava afastada porque se machucou e eu tinha consulta marcada e desmarcaram. Como meus exames estavam muito ruins eu passei com outro médico. É ruim passar cada hora com um médico."

(...) "Eu ainda acho ruim não poder escolher com qual médico quero passar. Na recepção falam que eu tenho que passar com meu médico de área, mas eu queria escolher."

Outros relatos sugerem que entre os pacientes que tiveram a consulta completa (enfermagem/médico) houve uma grande satisfação. Como as frases a seguir:

(...) “Eu não me cuidava, mas depois que passei em consulta e acho que fiquei uma hora na consulta e me explicaram tudo, perguntaram um monte de coisas eu passei a me cuidar mais.”

(...) “Eu também, fiquei preocupado quando a enfermeira examinou meus pés e eu não sentia quando ela cutucava. Passei a me cuidar mais.”

(...) “O bom é que a gente sai com a data marcada no cartão e os exames para a próxima consulta, não fica perdido sem saber quando tem que voltar.”

(...) “Agora tenho passado direitinho na data que a doutora pede para passar. Ela já deixa um papelzinho p entregar na recepção com o mês que devo retornar e os exames também já são marcados ao sair da consulta. Antes eu ficava meio sem saber quando voltar.”

(...) “É bom saber dessas coisas... dos controles, de como cuidar dos pés, da comida da gente... A enfermeira é muito boa para explicar isso.”

2.1.3.2- Grupo de trabalho e questionário com profissionais após o início da implantação

Durante esse ano de implantação foram realizadas cinco reuniões, além de conversas individuais com profissionais, para acompanhar e ajustar a proposta inicial. Também foi aplicado um questionário a oito profissionais, sendo cinco médicos e três enfermeiras, que participaram do processo de implantação.

Após o primeiro grupo focal com usuários e profissionais, o projeto foi implementado, apesar das dificuldades com recursos humanos e de alguma resistência de poucos profissionais. Quase todas as consultas de PHD estavam sendo realizadas dentro do protocolo e seguindo as diretrizes combinadas pelo grupo. Houve algumas falhas quando algum profissional de enfermagem estava ausente por algum motivo,

resultando em consultas realizadas somente com o médico. No entanto, essas falhas foram compensadas nas consultas subsequentes.

Alguns meses depois, ocorreu uma mudança repentina na equipe da UBS devido ao falecimento de uma enfermeira e à saída de uma médica e a ausência de outra que iniciou a gestação. Após um período de meses com médicos que eram enviados à unidade somente para atendimentos de agenda e com grande rotatividade entraram na equipe duas médicas do programa Mais Médicos e uma equipe continuou sem enfermeiro. Após a entrada desses novos profissionais, apresentei o programa e expliquei como estava o projeto. Após duas semanas, os convidei para o grupo de trabalho para discutir o andamento do projeto, ouvir suas dificuldades e sugestões, e fazer algumas mudanças de acordo com suas sugestões.

Regularmente, eu passava em seus consultórios para oferecer apoio e resolver algumas dificuldades pontuais. Após algumas semanas, pedi às colegas que me fornecessem nomes de usuários que estariam passando com elas no programa para convidá-los para um grupo focal. Uma das colegas informou que não estava conseguindo realizar a consulta conforme planejado devido à falta de enfermeira na equipe, enquanto a outra referiu não ter se adaptado ainda ao protocolo, apesar da enfermeira de sua equipe estar realizando a consulta de enfermagem corretamente.

Seis meses após a implementação houve uma nova mudança com a saída de uma dessas médica do programa e entrada de outro médico também do programa. Um mês após uma médica apresentou um problema de saúde e precisou ficar 4 meses afastada. Assim, tivemos outro momento de instabilidade e desprovimento de profissionais.

No início da implantação, os profissionais aderiram à proposta, mas após a mudança na equipe, não houve a mesma apropriação do projeto pelos novos profissionais. Rediscutimos a ficha para torná-la mais viável, fazendo algumas mudanças e decidindo que a avaliação do sono e as orientações sobre higiene do sono poderiam ser realizadas na segunda consulta, mantendo o foco no paciente e na qualidade do atendimento.

Neste momento, percebemos que o projeto, construído com participação ativa dos profissionais anteriores, não foi assimilado pelos novos membros da equipe, o que poderia estar contribuindo para a falta de interesse e comprometimento. A expectativa

em relação a esse programa era que, ao envolver todos os integrantes na construção, teríamos mais chances de sucesso, como de fato ocorreu inicialmente, pois os profissionais que participaram da elaboração se apropriaram do programa. Entretanto, com a nova equipe, precisamos encontrar maneiras de despertar o interesse e envolvimento deles.

Conversamos com a gestão sobre a possibilidade de aumentar o tempo da consulta da médica que estava sem enfermeira na equipe e pedimos às colegas que continuassem a refletir sobre as mudanças necessárias no programa para torná-lo mais viável.

O acesso aos serviços da unidade sempre foi difícil por termos um número de cadastros maior do que é recomendado. (Brasil 2011). Essa situação não foi melhorada com o início do programa e como tínhamos períodos do dia destinados e reservados somente para essa finalidade tivemos muitas vagas que eram destinadas a pessoas com diabetes direcionadas para outros usuários, em situações que eram consideradas pela recepção como mais urgentes e/ou importantes e assim faltaram vagas para o programa. Tínhamos, então, usuários que eram diabéticos, mas passavam em consulta fora do programa e só depois eram direcionados para marcarem no horário reservado na próxima consulta. Essa situação se prolongou por um tempo apesar das reuniões que tivemos com as equipes, com participação dos funcionários da recepção e mesmo após algumas conversas voltadas somente para esse grupo de profissionais, com criação conjunta de um fluxograma. Em observação na recepção durante período de maior fluxo pudemos perceber que a demanda por consultas excedia frequentemente a quantidade de vagas existentes com grande pressão sobre os funcionários da recepção o que explicaria a destinação incorreta das vagas.

Essa situação foi ajustada em reunião em que se definiu que a recepção encaminharia para o acolhimento da enfermagem todos esses usuários que necessitassem de atendimento que não conseguissem vagas e que a enfermeira deixaria uma parte das vagas destinadas a esses pacientes diariamente.

Durante esse período de implantação, com as reuniões que realizamos com os profissionais da unidade pudemos perceber que em relação a categoria médica o maior desafio foi conseguir realizar as consultas da forma como propúnhamos no tempo destinado. Foram propostas então algumas modificações para tentar diminuir

o tempo necessário para a realização da consulta inicial, deslocando algumas partes para as consultas seguintes. A impressão geral dessa categoria é que os usuários estavam se beneficiando muito com a implantação do programa, mas que de forma geral ele estava exaustivo.

Assim decidimos passar a avaliação do sono e as orientações sobre higiene do sono para a consulta seguinte. Ainda que fosse uma pequena mudança foi a única que percebemos que poderia ser transferida. Combinamos também que não deveríamos repetir questões da consulta de enfermagem.

No questionário que foi aplicado aos profissionais no final do processo e implantação foram feitas perguntas objetivas que revelaram que todos os participantes tinham um interesse especial pelo tema Diabetes mellitus e que 87% deles relataram ter contribuído para a construção do programa. Em relação à implementação do programa, 62,5% dos entrevistados indicaram que conseguiram incorporá-lo facilmente em suas rotinas de trabalho, enquanto 37,5% relataram ter encontrado alguma dificuldade, mas ainda assim conseguiram integrá-lo em suas atividades diárias. Todos os profissionais questionados acreditavam que houve melhorias na qualidade do atendimento prestado às pessoas com diabetes.

Houve relatos relacionados as dificuldades de adaptação ao novo modelo como mostra o relato abaixo:

(...) “Dificuldade no sentido de aplicar questionários e deixar de ser uma consulta mais fluida, mas com adaptação ao questionário e no dia a dia foi fácil aplicar.”

Algumas menções a respeito da pressão assistencial e das dificuldades relacionadas ao pouco tempo para realização das consultas também foram vistas:

(...) “Pela pressão assistencial, o atendimento integral a pessoa com DM acaba tendo dificuldade pois o tempo é curto.”

(...) “Falta da equipe de enfermagem para triagem e mais tempo ao médico para realizar o atendimento.”

(...)” Mais encontros profissionais para abordar modelo de consulta; maior tempo para atendimento dessa população com menor pressão assistencial.”

Entre os profissionais de enfermagem, a maioria considerava importante a consulta de enfermagem e compreendiam que essa abordagem fazia diferença no tratamento desses usuários, mas também se queixavam que a demanda da unidade muitas vezes se sobrepunha à necessidade de reservar um período para atender essas consultas como mostra a frase:

...” Dificuldade devido ao tempo curto por paciente (mais) os acolhimentos, que podem variar de acordo com a demanda do dia.”

Houve no questionário realizado alguns relatos de insatisfação com a pouca disposição de outros profissionais para incorporarem as novas rotinas comprometendo o trabalho de todos como expõe o relato:

(...)” Nem todas as equipes da UBS realizam a consulta PHD como planejado e organizado na unidade ou simplesmente não realizam. Isso me afeta como profissional, pois compromete a qualidade da assistência, cada paciente continua sendo atendido sem padrão norteador de qualidade nas consultas. Assim, apenas parte da população tem oportunidade de ser beneficiada com estímulos a mudança na qualidade de vida,”

Por parte de uma enfermeira houve a percepção de prejuízo relacionado à alta rotatividade de profissionais impactando a adesão do usuário como mostra a frase abaixo:

(...) “Alta rotatividade em relação aos profissionais e não aderência da população ao programa por sempre acreditar que não será o mesmo médico que vai acompanhar sua doença crônica, dificultando a longitudinalidade em relação ao paciente”

Houve sugestões também sobre maior apoio da gestão no sentido de sensibilizar os profissionais acerca da importância do programa e outras referindo ser importante

existir um controle por parte da coordenação da unidade. Foram sugeridas capacitações e reuniões mais frequentes para solucionar as dificuldades, ter mais médicos para os acolhimentos nos horários reservados para o programa como revelam as sentenças abaixo:

(...) “Acredito que uma maior participação e interesse da gestão, para que de alguma forma sensibilize todos os profissionais acerca da importância e que institua esse programa como inegociável, mudando a cultura. E que também ajude com reuniões encontrar e solucionar as maiores barreiras e dificuldades de cada profissional.”

(...) “Capacitações e reuniões mais frequentes para discussão sobre as dificuldades, pontos a melhorar e potencialidades do PHD.”

2.1.4- Indicadores de implantação

De acordo com os registros no sistema VIVER, em um total de 1291 pessoas cadastradas como diabéticas no sistema, foram atendidas 642 pessoas com diagnóstico de DM2, com um total de 781 atendimentos de enfermeiros e médicos. Destes foram 256 atendimentos no primeiro trimestre, 245 no segundo trimestre, 116 no terceiro trimestre, e 164 no quarto trimestre avaliado, sendo 228 o número de usuários atendidos no primeiro trimestre, 214 no segundo trimestre, 112 no terceiro trimestre e 162 no quarto trimestre avaliado.

O perfil dos usuários em seguimento durante este ano foi de 62 % do sexo feminino e 37,5 % do sexo masculino corroborando outros estudos que mostram a menor procura pelos serviços de saúde pelos homens que costumam acessar o diagnóstico de forma mais tardia pela atenção secundária ou terciária, e quando já estão em estágio avançado de adoecimento (RIBEIRO et al, 2017) (OLIVEIRA 2017). Destes 68 % tinham mais que 55 anos, 19,2% tinham entre 40 e 55 anos, 6,2% tinham entre 25 e 40 anos e 6,4 % tinham menos que 25 anos. Destes, 30 usuários apresentam Diabetes mellitus tipo 1.

Para avaliar o processo de implantação por meio da aferição das mudanças efetivadas, foi utilizado um algoritmo para selecionar aleatoriamente 10% dos pacientes atendidos antes e após a implantação, considerando sempre os pacientes atendidos em primeira consulta em cada trimestre. Desse modo, a amostra foi constituída de 25 atendimentos no primeiro trimestre, 24 no segundo, 11 no terceiro e 16 no quarto trimestre.

Para aferir as mudanças ocorridas nestes parâmetros foi levantada uma amostra do período prévio à implantação do programa. De acordo com os registros no sistema VIVVER, em um total de 1291 pessoas cadastradas como diabéticas no sistema, foram atendidas 443 pessoas com diagnóstico de DM2 no período de três meses prévios à implantação do programa. Destes, foram selecionadas aleatoriamente 10 % dos pacientes atendidos, correspondendo a 44 atendimentos, e analisados os mesmos indicadores que tinham sido avaliados nos trimestres de implantação.

A amostra analisada revelou uma predominância significativa de pacientes do sexo feminino, representando 77,3% do total, enquanto pacientes do sexo masculino constituíram 22,7%. Em relação à faixa etária, a distribuição mostrou uma variedade, com 9% dos pacientes abaixo de 50 anos, 20,4% na faixa dos 50 aos 60 anos, 38,6% entre 60 e 70 anos, e uma proporção semelhante de 15,9% para pacientes entre 70 e 80 anos, assim como para aqueles com mais de 80 anos. Essa composição demográfica diversificada reflete a natureza abrangente da amostra estudada.

Analisando os atendimentos da amostra do período prévio à implantação do programa, observamos o seguinte:

Tabela 1 – Dados dos indicadores no trimestre anterior à implantação do programa

Indicadores	
Hemoglobina glicada (HbA1c)	61%
Exame dos pés	9%
Fundoscopia	13%
Microalbuminúria	27%
Classificação de risco	0%

Observa-se que nesse período prévio à implantação do programa, o único indicador que apresenta melhor resultado é o da Hemoglobina glicada, possivelmente por fazer parte dos indicadores de desempenho da atenção básica do Ministério da Saúde. Os outros indicadores escolhidos apresentavam baixa ou nenhuma adesão por parte dos profissionais mostrando as falhas no cuidado com esses usuários na unidade de saúde e em concordância com o que mostram outros estudos relacionados Mazy et al (2021) e Costa, (2017).

Em relação aos atendimentos após a implantação do programa a amostra analisada revelou, da mesma forma que no período prévio uma predominância de pacientes do sexo feminino, representando 73,2% do total, enquanto pacientes do sexo masculino constituíram 26,7%. Em relação à faixa etária, a distribuição foi diversificada: 3,5% dos pacientes tinham menos de 50 anos, 30,3% estavam entre 50 e 60 anos, 28,5% estavam na faixa dos 60 aos 70 anos, 30,3% estavam entre 70 e 80 anos e 7,1% tinham mais de 80 anos. Essa composição reflete uma variedade de grupos demográficos na amostra estudada.

Analisando os atendimentos das amostras após a implantação do programa, por trimestre, observamos o seguinte:

Tabela 2 - Dados para comparação dos indicadores após a implantação do programa por trimestre

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Hemoglobina glicada (HbA1c)	90%	72%	81%	80%
Exame dos pés	72%	59%	54%	53%
Fundoscopia	72%	50%	45%	46%
Microalbuminúria	77%	68%	63%	66%
Classificação de risco	100%	72%	45%	60%

A análise dos indicadores ao longo dos trimestres revela uma tendência geral de declínio na realização dos exames e avaliações importantes para o acompanhamento de pacientes com diabetes. As quedas mais significativas são observadas nos exames de fundoscopia, exame dos pés e classificação de risco. As flutuações e a

recuperação parcial em alguns indicadores no quarto trimestre sugerem a necessidade de intervenções para melhorar a consistência e a qualidade do atendimento. As causas dessas variações podem ter sido a mudança de grande parte da equipe da unidade entre o primeiro e o segundo trimestre, associada a grande rotatividade de profissionais médicos que se seguiram nos trimestres posteriores e a recursos humanos insuficientes, resultando em grande pressão assistencial durante o primeiro ano de implantação do programa.

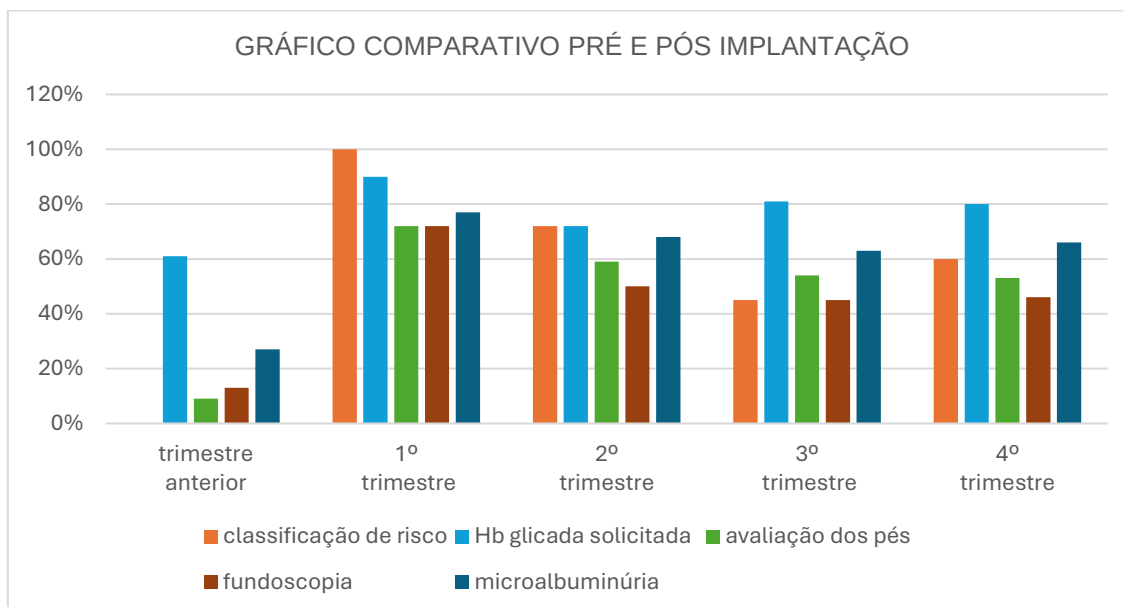
Apesar da instabilidade de constituição das equipes, as faltas às consultas se mantiveram estáveis, variando entre **12%** e **14%** nos trimestres avaliados.

A comparação dos indicadores dos períodos prévios à implantação do programa com os observados ao longo do primeiro ano da implantação do programa, podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 3- Dados para comparação dos indicadores antes e após a implantação do programa por trimestre

	trimestre anterior	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
classificação de risco	0%	100%	72%	45%	60%
Hb glicada solicitada	61%	90%	72%	81%	80%
avaliação dos pés	9%	72%	59%	54%	53%
fundoscopia	13%	72%	50%	45%	46%
microalbuminúria	27%	77%	68%	63%	66%

Gráfico 1 - Gráfico dos dados comparativos antes e após a implantação



A análise revela uma melhoria inicial significativa em todos os indicadores no 1º trimestre em comparação com o trimestre anterior, seguida por uma queda nos trimestres subsequentes. As quedas mais acentuadas foram observadas na classificação de risco, avaliação dos pés e fundoscopia. As variações ao longo dos trimestres destacam os desafios na manutenção da consistência e qualidade dos atendimentos, relacionados à grande rotatividade de profissionais e à pouca participação na construção do programa por alguns dos profissionais que sucederam aos do primeiro trimestre.

A melhoria inicial pode ser atribuída à implementação de novos protocolos ou ao reforço na atenção aos pacientes. No entanto, a queda subsequente sugere a necessidade de intervenções para sustentar esses avanços ao longo do tempo.

Apesar das quedas, os níveis permanecem bem acima do trimestre anterior, indicando uma melhoria geral na prática.

2.2- DISCUSSÃO

O estudo foi realizado em uma unidade de estratégia de saúde da família de um município de médio porte no interior paulista a partir das necessidades de reestruturação do cuidado com as doenças crônicas não transmissíveis em especial o diabetes mellitus. Estruturado de forma participativa com toda equipe e com usuários que vivem com diabetes experimentou ao longo de sua formulação e implementação diversos problemas comuns na APS no Brasil que enfrenta restrições dificultando seu pleno desempenho e o alcance da resolutividade de alguns problemas de saúde.

Segundo um modelo teórico desenvolvido por Borges (2018) para que as medidas de controle do diabetes mellitus obtenham os resultados desejados, é essencial que, além de condições adequadas, as equipes de saúde organizem seus processos de trabalho e executem as ações conforme as diretrizes estabelecidas. Em conformidade com esse modelo foi desenvolvido, de modo participativo, uma proposta de reorganização das ações de atenção às pessoas que vivem com diabetes mellitus. Organizamos a agenda para facilitar o acesso ao atendimento, estabelecemos um plano para acompanhamento periódico, selecionamos indicadores para monitoramento e estimulamos a participação dos usuários em atividades de educação em saúde voltadas ao DM. Estas últimas, após o início do programa, apresentaram um aumento expressivo de participantes chegando a ter 25 pessoas no grupo presencial.

2.2.2 - Processo participativo

A formulação e implementação do programa para Diabetes Mellitus (DM) na atenção básica, conduzidas de forma a valorizar a aproximação de saberes sobre diabetes, revelaram necessidades que abrangem tanto aspectos estruturais quanto culturais e comportamentais.

A unidade de saúde onde a pesquisa foi realizada possui recursos adequados, incluindo equipamentos para monitoramento glicêmico, materiais educativos e medicamentos essenciais, além de uma infraestrutura física apropriada para acomodar grupos de discussão e atividades participativas, o que facilita a implementação de programas interativos. No entanto, o processo enfrentou desafios significativos devido à elevada carga de trabalho dos profissionais e ao tempo limitado

para reuniões de planejamento ou capacitações. Além das reuniões ocorridas no início da formulação do programa durante a fase de estudos, as reuniões de acompanhamento ocorreram a cada trimestre, com limitado tempo para capacitação dos novos profissionais. Essa dificuldade foi parcialmente compensada por ter ocorrido, durante a implementação do programa, uma capacitação em diabetes promovida pela prefeitura para todas equipes de saúde.

Motivar os usuários a participarem ativamente nas intervenções representou outro grande desafio. Muitos pacientes com diabetes podem não compreender completamente a gravidade de sua condição ou sentir-se desmotivados devido à natureza crônica da doença, no entanto conseguimos, com o apoio das agentes de saúde, a participação regular nos grupos focais. A continuidade e sustentabilidade das intervenções de sucesso são igualmente cruciais, mas na atenção básica, a alta rotatividade de profissionais e a ausência de um sistema robusto de acompanhamento podem dificultar a manutenção de programas participativos. A coordenação eficiente e a comunicação fluida entre médicos, enfermeiros, técnicos e agentes de saúde se tornaram desafios diários, e exigiu pactuações e diálogos frequentes entre os diversos atores atuantes na unidade, para evitar abordagens fragmentadas que não atendam de forma holística às necessidades dos usuários.

Ademais, monitorar a efetividade das intervenções participativas é uma tarefa complexa, demandando ajustes contínuos com base no feedback de usuários e profissionais, visando à melhoria das estratégias utilizadas. Embora a realização de uma intervenção participativa sobre diabetes na atenção básica enfrente diversos desafios, superá-los é possível mediante planejamento cuidadoso, capacitação dos profissionais, engajamento da comunidade e adaptação das intervenções ao contexto local. A abordagem participativa, fundamentada na autorreflexão coletiva e colaborativa, possui o potencial de transformar práticas e aprimorar continuamente o processo de melhoria (SOUZA et al., 2021).

2.2.3- O processo de implantação

Os resultados do estudo destacam aspectos positivos do programa, como a facilidade de uso do protocolo e seu fácil acesso. A objetividade dos formulários que podem ser

consultados durante um atendimento, auxilia para que seu uso seja factível e incorporado à prática. A incorporação de rotinas como avaliação dos pés, encaminhamentos para fundoscopia e solicitações de microalbuminúria podem ser decisivos na prevenção de complicações. A realização de consultas de enfermagem, a estratificação de risco dos usuários acompanhados, a e a periodicidade das consultas médicas, principalmente em pessoas com comorbidades foram pontos positivos a se destacar.

Outro aspecto positivo foi a satisfação dos usuários e dos profissionais sobre o atendimento prestado observado nos grupos focais, grupos de profissionais e questionário realizados.

Entretanto, embora os resultados do trabalho demonstrem uma melhor qualidade na atenção oferecida, vários problemas ocorreram no período de implantação que certamente repercutiram sobre o processo e sobre os resultados alcançados.

Depois de um início bastante promissor com grande engajamento de toda equipe alguns profissionais foram substituídos por outros e essa rotatividade permaneceu durante todo o processo de implantação do programa. Em particular, a equipe médica passou por três mudanças durante o período de implantação, além da contratação de médicos como pessoa jurídica, que pela sua própria condição, não se integravam às rotinas do serviço. A cada novo ingresso de um profissional, era realizada uma apresentação da proposta em andamento, abrindo espaço para questionamentos e sugestões.

Nos anos anteriores havia uma certa estabilidade de profissionais na unidade, com permanência destes por anos e alguns por décadas dentro do mesmo serviço. As contínuas alterações no grupo de trabalho atrasaram a incorporação do programa pelos novos profissionais resultando em mudanças contínuas no próprio protocolo, para melhor adaptação ao processo de trabalho.

O aumento inicial nos indicadores sugere que o novo programa foi bem recebido e implementado pelos profissionais que compunham a equipe original. A diminuição nos indicadores nos trimestres seguintes indica que os novos profissionais não incorporaram plenamente a rotina proposta e que ainda estavam se familiarizando com os processos e protocolos do novo programa.

Com as mudanças constantes nas equipes houve também uma certa desestruturação na organização dos processos de trabalho da própria unidade mesmo em setores

não diretamente impactados pelas mudanças, mas que sentiram essa instabilidade e se desorganizaram. Tivemos assim alguma dificuldade em conseguir compreensão e assimilação dos novos fluxos de atendimento que foram se estabelecendo e se transformando durante a construção do programa.

Assim, enfrentamos dificuldades em reservar vagas protegidas do programa para esse grupo de usuários, uma vez que o acesso aos serviços da unidade sempre foi complicado, como descrito frequentemente nos relatos dos usuários durante os grupos focais. Isso ocorre devido ao número de cadastros ser maior do que o recomendado, enquanto o número limitado de equipes disponíveis é insuficiente para cobrir a população existente. Essa situação leva à sobrecarga de trabalho das equipes já estabelecidas, prejudicando a qualidade do atendimento a essas populações.

A dificuldade em manter ao longo do tempo a continuidade dos processos de trabalho pactuadas demonstra que haveria a necessidade de uma contínua sensibilização para o tema, com estímulos a maior participação dos profissionais e reuniões de planejamento mais frequentes, especialmente daqueles que não formularam o programa em conjunto desde o início. É possível que uma maior sensibilização, capacitações e reuniões mais frequentes, pudessem ter ajudado a manter a qualidade dos cuidados apesar das mudanças na equipe.

Outro obstáculo encontrado no estudo foi a pouca governabilidade dos profissionais sobre seu tempo de atendimento e agenda, restringindo a incorporação de ofertas de cuidado que ampliem o tempo necessário ao atendimento, já exigido no programa proposto. Desta forma a abordagem do sofrimento mental, tema apontado nos grupos focais pelos usuários, não foi incorporada às rotinas de atendimento do programa causando uma restrição nas possibilidades de um cuidado mais integral para esse grupo de pessoas. Optou-se, desta forma, por incluir no material técnico produzido – o guia de boas práticas para atenção integral a pessoas que vivem com diabetes mellitus – a possibilidade de acesso e utilização do SRQ20, teste validado internacionalmente para avaliação de saúde mental e disponível via *web*.

3.- CAPÍTULO III – GUIA DE BOAS PRÁTICAS (PTT)

ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS QUE VIVEM COM DIABETES MELLITUS

GUIA DE BOAS PRÁTICAS PARA

SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Apresentação

Este Guia foi elaborado por meio de uma pesquisa-ação¹ que contou, desde a formulação até a implantação, com a participação da equipe de profissionais e usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Sorocaba. O modelo proposto é fruto da experiência do processo de implantação e da revisão e compilação de recomendações e consensos de especialistas para atenção a pessoas que vivem com *diabetes mellitus*.

As recomendações técnicas baseiam-se em adaptações dos Protocolos de Doenças Crônicas não transmissíveis. (Ribeirão Preto, 2016), Protocolo de Atenção Básica- condições crônicas (BRASIL, 2016), Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 (SBD, 2019) e Cadernos de Atenção Básica nº 35 (BRASIL, 2014) e Cadernos de Atenção Básica nº36 (BRASIL 2013).

A construção conjunta e o enfrentamento de obstáculos para efetivação de mudanças no processo de trabalho resultaram na definição de fluxos e rotinas de atendimento expostos neste Guia. A implantação desse modelo apresentou resultados positivos na reorganização do trabalho na unidade onde foi desenvolvido, melhorando a qualidade do cuidado com indivíduos que vivem com diabetes e, assim, ajudando os usuários a melhorarem o controle da doença e suas complicações.

O conteúdo apresentado a seguir abrange uma breve introdução sobre a experiência vivenciada, seguido das diretrizes e instrumentos utilizados, e de alguns dos resultados obtidos. As dificuldades identificadas durante a implementação do programa e a aprendizagem obtida pode ser útil para outras equipes que estejam motivadas a desenvolver programas semelhantes.

¹Esta publicação Integra o trabalho de conclusão do mestrado intitulado "*Implantação de programa de atenção integral a pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde*", realizado por Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista - FMB/Unesp, finalizado em 2024.

1- Introdução

O diabetes mellitus é uma das condições crônicas mais comuns em todo mundo, com complicações graves, alta taxa de morbimortalidade e um impacto significativo no sistema de saúde e na sociedade. Representa um desafio considerável para os sistemas de saúde e para a qualidade de vida das pessoas que vivem com diabetes. A pandemia de covid-19, agravou a desestruturação no cuidado das condições crônicas tornando-a mais evidente e reforçando a necessidade de retomar o acompanhamento adequado dessas condições com o objetivo de alcançar estabilidade clínica e reduzir as chances de desfechos desfavoráveis.

Apesar dos desafios, como recursos limitados, restrições no ambiente de trabalho, carga de trabalho elevada, pressões de tempo e falta de continuidade das equipes, a melhoria da qualidade do cuidado pode ser alcançada. Um programa planejado pode facilitar o trabalho das equipes e organizar os fluxos dentro dos serviços de modo a oferecer o melhor atendimento possível e de forma continuada, o que exige empenho e trabalho coletivo.

Durante a construção conjunta realizamos grupos focais com usuários para escuta e apreensão das necessidades sentidas pelas pessoas com DM e grupos de estudos com profissionais para levantamento bibliográfico, seleção das estratégias pesquisadas mais adequadas a nossa realidade e organização do nosso programa. Algumas barreiras e dificuldades ocasionaram mudanças no projeto inicial na tentativa melhorar a viabilidade do projeto e a adesão dos profissionais ao programa. Trago aqui o programa que resultou dessa construção conjunta, com a contribuição dos diversos atores que estiveram presentes em algum momento durante sua implantação. Embora tenha sido construído para as necessidades de cuidado daquele momento e lugar acredito que este resultado possa ajudar outras equipes de saúde no caminho da retomada dos cuidados com esses usuários após a pandemia.

2- Gestão do Cuidado

2.1- Diretrizes do programa

Apresento aqui como desenhamos o programa para nossa realidade e é possível e até desejável que adequações sejam feitas para atender às necessidades de diferentes equipes e cenários.

Antes da implementação de um guia ou programa de cuidado é importante que os profissionais envolvidos estejam sensibilizados para a importância da ação e comprometidos com a sua realização. Para isso é necessária realização de diálogos com toda a equipe de forma que os profissionais possam contribuir com sua experiência e conhecimento na aplicação da proposta ou nas adaptações necessárias às diversas realidades existentes na atenção básica.

2.2- Organização do fluxo de atendimento do usuário

- - Os usuários com diabetes fazem **agendamento diretamente na recepção**, com vagas protegidas para esse fim, com o seu médico de área.
- Recebem um **cartão específico** de atenção a pessoas com diabetes, além do cartão padrão da unidade;
- Ao final das consultas os usuários **saem com o retorno e pedidos de exames**, marcados, de acordo com classificação de risco ou vulnerabilidades identificadas;
- **Grupo virtual de pessoas com diabetes em WhatsApp** – Adesão por meio do QR CODE que deve estar afixado em todas as salas da unidade.

Nesse grupo, além de médicos, enfermeiros e técnicos, participam os agentes comunitários de saúde que têm a incumbência de manter o grupo ativo convidando novos usuários, informando sobre atividades no bairro, realizando jogos educacionais sobre diabetes, trocas de receitas saudáveis para pessoas que convivem com diabetes. Esse grupo é uma forma de manter uma comunicação continuada, esclarecer dúvidas, realizar educação em saúde e divulgar as reuniões específicas

que existem na unidade entre outras atividades. O grupo tende a ser dinâmico e se autoalimentar.

- Os usuários são convidados para o **grupo presencial** na unidade realizado 1 vez por mês. O grupo presencial deve contar com a participação de agentes comunitários de saúde e de outros profissionais da unidade de forma que todos participem e contribuam com a promoção do grupo. São usadas estratégias ativas de educação em saúde.
- Os usuários têm **consultas com enfermagem e médico** realizadas no mesmo dia. De acordo com a experiência do serviço, as consultas médicas e de enfermagem podem ser desvinculadas e ocorrerem de forma alternada, ou ainda, serem conjuntas.
- Essas consultas são sistematizadas por meio de um **modelo de atendimento** para enfermagem e médicos, disponibilizados para todos os profissionais em um drive da unidade. Os Modelos podem ser inseridos no prontuário eletrônico, a depender do sistema utilizado, ou servirem como guia para o atendimento, possibilitando um cuidado mais completo, planejado e coordenado para todos os profissionais, e um registro comum que permite monitoramento e avaliação do programa. A orientação farmacológica tem como apoio o **Fluxograma de Tratamento**.
- A **classificação de risco** e a **avaliação de autocuidado** (Quadro 1 e 2) é que orientarão a frequência das próximas consultas, de acordo com o gráfico e o quadro de **planejamento do cuidado** (Quadro 3), conforme seja adaptado à realidade da unidade.

Quadro 1- Estratificação segundo o grau de severidade da condição crônica e capacidade de autocuidado, de acordo com os resultados do questionário de autocuidado.

Grau de severidade da Condição crônica	Capacidade de autocuidado insuficiente	Capacidade de autocuidado suficiente
Grau 4- doença cardiovascular estabelecida	ESTRATO 5	ESTRATO 4
Grau 3 HAS/DM acima da meta, sinais de lesão em órgão alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda) Alto risco pela escala de Framingham	ESTRATO 4	ESTRATO 3
Grau 2 HAS/DM dentro da meta, baixo/médio risco cardiovascular pelo escore de Framingham	ESTRATO 2	ESTRATO 1
Grau 1- somente fatores de risco	ESTRATO 1	ESTRATO 1

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica nº35 (p44), 2014

Quadro 2 - Questionário de autocuidado no diabetes

As perguntas que se seguem questionam o usuário sobre os cuidados relacionados ao diabetes durante os últimos sete dias. Se ele esteve doente (acamado ou fora de sua rotina habitual) durante os últimos sete dias, por favor, peça para que se lembre dos últimos sete dias anteriores a esse período.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL									
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7	
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou nutricionista) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA									
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
3. ATIVIDADE FÍSICA									
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA									
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5. CUIDADO COM OS PÉS									
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos, antes de calçá-los ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lava-los ?	0	1	2	3	4	5	6	7	
6. MEDICAÇÃO									
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? Ou (se insulina e comprimidos)	0	1	2	3	4	5	6	7	
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0	1	2	3	4	5	6	7	
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7	
7. TABAGISMO									
7.1 Você fumou um cigarro - ainda que só uma tragada - durante os últimos sete dias? ☐ Não ☐ Sim									
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? - _____									
7.3 Quando fumou seu último cigarro ?									
☐ Nunca fumou									
☐ Há mais de dois anos atrás									
☐ Um a dois anos atrás									
☐ Quatro a doze meses atrás									
☐ Um a três meses atrás									
☐ No último mês									
☐ Hoje									

Fonte: Michel et al (2010)

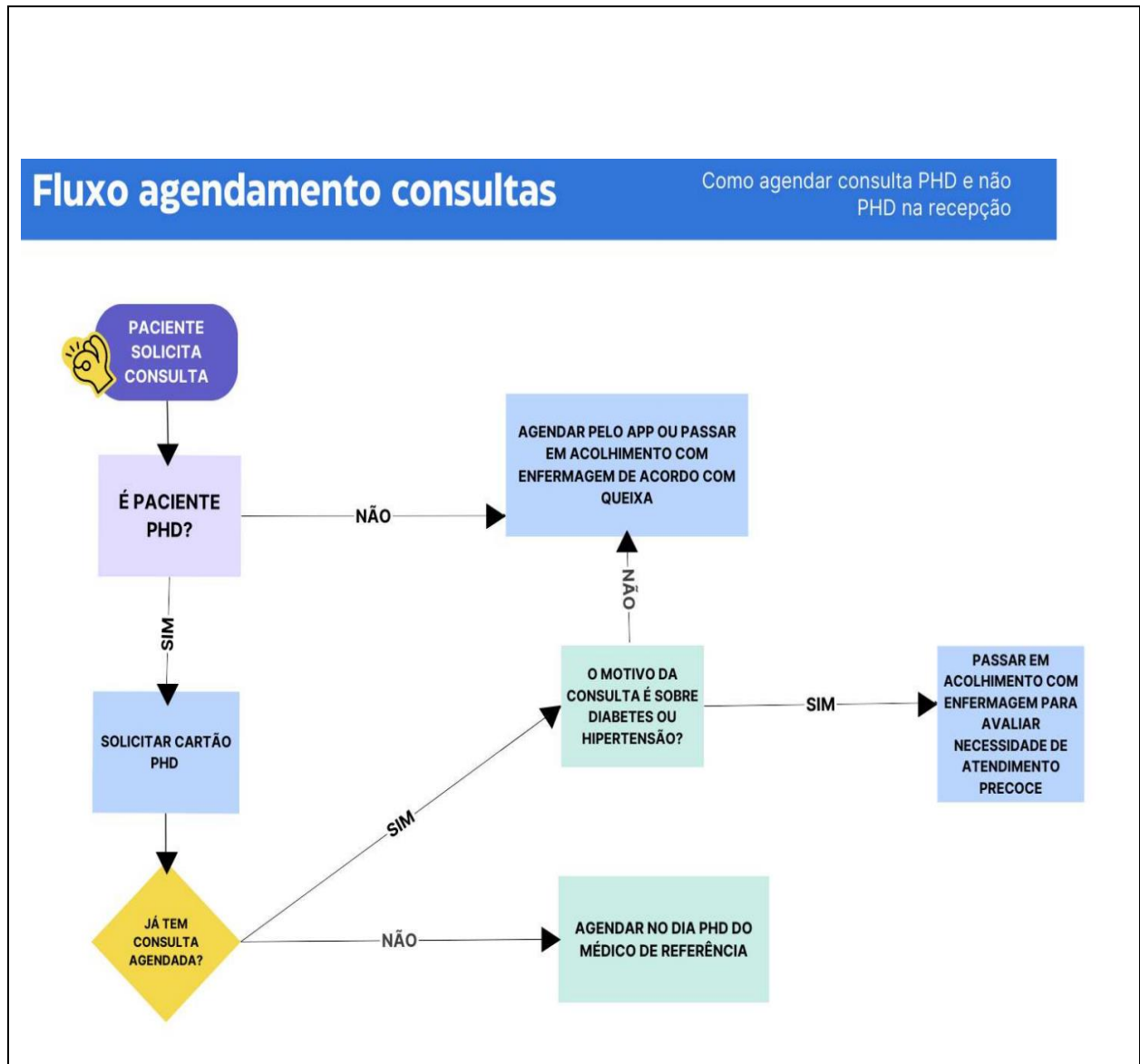
Segundo Suplici et al (2021) é desejável que a pessoa tivesse seguido as recomendações de cada um dos itens durante pelo menos cinco dias da semana.

Quadro 3- Planificação do cuidado

GRUPO	FREQUÊNCIA DE CONSULTAS	PLANO DE CUIDADO
5	trimestral	Especialidades + Gestão do caso
4	trimestral	Consultas sequenciais
3	semestral	Consultas + grupos
2	semestral	Consultas alternadas (enf/med)
1	anual	Consultas + grupos (grupo de qualidade de vida)

fonte: Adaptado a partir de Caderno de atenção Básica nº35 (p 45), 2014

2.3- Fluxograma de agendamento da primeira consulta de ingresso no programa



Fonte: Maldonado, (2024.)

*PHD – Programa de Hipertensão e Diabetes

** APP – aplicativo de agendamento de consultas do município

2.4- Modelos para atendimento para primeira consulta

Os modelos de atendimento ficam arquivados no drive da unidade. Constan de itens iniciais que serão perguntados e redigidos pelo profissional, seguido de itens de múltipla escolha.

Cada profissional copia o modelo, em word, preenche e salva no prontuário eletrônico (E-SUS ou outros) de cada paciente. Mesmo nas questões fechadas (sim ou não) é possível registrar observações.

I. Consulta de Enfermagem

- Identificação da pessoa – conforme itens previstos no prontuário eletrônico (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio.

Dificuldades e déficit cognitivo: não () sim ()

Analfabetismo: não () sim ()

Diminuição da acuidade visual e auditiva: não () sim () Qual: _____

Insulina: realiza a autoaplicação? sim () não (), se não realiza, quem faz: _____

Por que não auto aplica: _____

Apresenta complicações e reações nos locais de aplicação: não () sim ()

quais: _____ Realiza a conservação e o transporte de forma adequada () sim ()
não _____

Automonitorização:

Consegue realizar a verificação da glicemia capilar: não () sim () // Apresenta dificuldades no manuseio do aparelho: não () sim ()

Exame físico:

Peso: Altura: Circunferência abdominal:

PA sentado: MSD: MSE:

Glicemia capilar:

Cavidade oral:

Presença de sangramento gengival: () Sim () Não

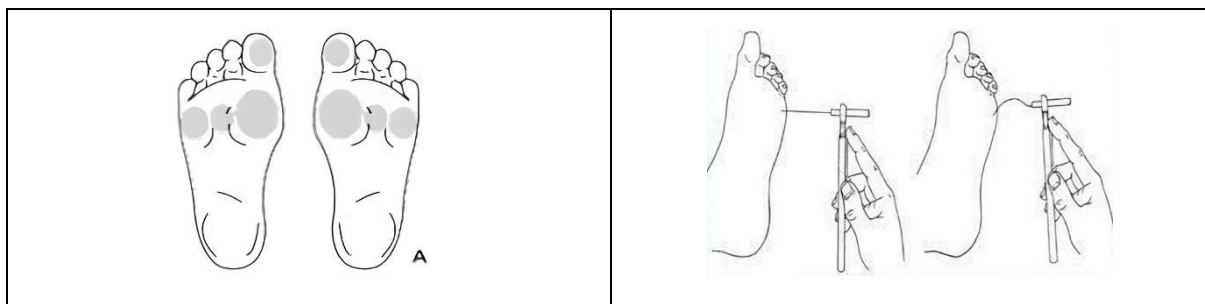
Xerostomia: () Sim () Não

Presença de alguma lesão () Sim () Não

Fornecer orientações específicas, de acordo as necessidades identificadas.

Encaminhar para consulta odontologia.

Exame dos pés:



Deformidades: Artropatia de charcot (desabamento) () Dedos em garra () Joanetes e dedos cavalgados ()	
---	--

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020

Quadro 4 - Avaliação dos pés

Avaliação da pele	Rastreio para neuropatia-Perda de sensibilidade protetora PSP-monofilamento 10 g
Pele seca/ rachaduras ()	Sensível em todas as áreas ()
Unhas encravadas/ mal cortadas ()	Uma ou mais áreas insensíveis ()
Maceração interdigital/ micose ()	
Ulceração ()	Avaliação vascular- palpação pulsos
Calosidade ()	Pé D Pedioso () sim () não Tibial posterior ()sim () não
Pele fria /cianose/palidez ()	Pé E Pedioso () sim () não Tibial posterior ()sim () não
Pele quente/ eritema/ edema ()	

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020

II. Consulta médica

Queixa atual:

Como você entende seu problema de saúde?

Seu problema de saúde mudou sua qualidade de vida? De que forma?

Medicamentos que faz uso:

Adesão total () parcial () Nenhuma () Motivo:

Perguntar: se esquece de tomar, fica alguns dias sem a medicação., medo de insulina, acha que quando a glicemia está normal não precisa tomar.

Efeitos colaterais:

Histórico:

Pessoais: Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () HAS () DM () Dislipidemia ()
 Úlcera MMII () Amputações () DRC () Retinopatia () AVC/ AIT () IAM () HVE ()
 Outros (). Quais:

Familiares: Histórico de evento cardiovascular H < 55 e/ou M < 65 () Outros (). Quais:

Hábitos alimentares:

Realiza as refeições assistindo TV, mexendo no celular ou computador:

() Sim () Não

Quais refeições realiza: () café da manhã () Lanche da manhã () Almoço ()

Lanche da tarde: () Lanche da tarde () Jantar () Ceia

Ontem consumiu: () frutas () verduras/ legumes () hambúrguer/ embutidos ()
 refrigerantes/ sucos adoçados () macarrão instantâneo/ salgadinhos/ biscoitos
 salgados () biscoito recheado/ doces/ guloseimas

Quantos copos de água toma por dia:

Observação:

Avaliar variedade e disponibilidade de alimentos da família, de modo a trabalhar o plano de cuidados dentro da realidade social da pessoa/família.

Avaliar condição de saúde bucal, funcionalidade mastigatória (presença e ausência de dentes) e, em caso de uso de prótese, verificar o estado da prótese e sua limpeza.

Hábitos de exercício físico:

() Não Motivo:
() Sim Qual?
Nº de vezes por semana:
Tempo de duração em minutos:

Exame físico:

Tórax:
Dispneia: Sim () Não () aos esforços () em repouso ()
Tosse: sim () não () produtiva sim () não ()
Murmúrio vesicular fisiológico: sim () não ()
Roncos/sibilos: sim () não ()
Estertores: sim () não ()
Ausculta cardíaca:

Abdome: plano () Globoso () assimétrico () flácido () tenso () doloroso ()
RHA: sim () não () - Massa palpável: sim () não ()
Visceromegalias: sim () não ()

*Fonte Adaptado de Ribeirão Preto, 2021

Quadro 5 - Resultados de exames

Exame	Mês/ano									
Glicemia										
Hba1c										
Colesterol T										
HDL										
Triglicérides										
Ácido úrico										
Creatinina										
Ureia										
microalbuminúria										
Exame dos pés										
Fundoscopia										

Fonte: Maldonado, (2024.)

Fluxograma para tratamento farmacológico DM2



Fonte: Adaptado de Conduta terapêutica no diabetes tipo 2 - Algoritmo Sociedade Brasileira de Diabetes, (SBD, 2019)

2.5- Modelos de atendimento das consultas seguintes:

I- Consulta de enfermagem

Da nossa conversa na última consulta, o que você conseguiu melhorar?

Alimentação? Sim () o que?
 Não () Porque?
 Atividade física? Sim () o que?
 Não () porque?

USO DE MEDICAMENTOS

Sim () o que?
 Não () porque?

Ingesta hídrica: Sim () Não ()
 Tabagismo: Sim () Não ()
 Álcool Sim () Não ()
 Consulta odontologia Sim () Não ()
 Lazer? () Stress () apoio familiar ()
 Rever: citologia oncológica
 Vacina
 Exame: PA mmhg
 Glicemia capilar:
 Peso: Altura:

II- Modelo de atendimento médico:

Como tem passado da última consulta até hoje?

Em relação ao que conversamos na última consulta você considera:

() Está se alimentando com melhor qualidade agora? Explique o que mudou?
 () Está tomando suas medicações com maior regularidade que antes? Como está usando seus medicamentos?
 () Não houve mudança de hábitos em relação ao que fazia antes?

Medicações em uso:

Efeitos colaterais:

Uso correto? Sim () Não () porquê?

Sono:

Quantas horas/noite

Faz uso de medicamentos para dormir () Sim () Não

Sente-se descansado após o período de repouso? () Sim () Não

Tem dificuldade para dormir? () Sim () não Motivo:

Orientação higiene sono

Exames: Tabela no drive ou na consulta anterior se já tiver

3- Medidas Educativas

São medidas que têm o objetivo de ampliar o conhecimento de pessoas que vivem com diabetes e suas famílias por meio de atividades de educação em saúde, visando melhorar o controle da doença e a qualidade de vida e funcionar como um momento de compartilhamento de saberes e vivências.

Direcionado a usuários diagnosticados com diabetes, bem como a suas famílias e cuidadores, são espaços para disponibilizar conhecimentos, dar apoio e estimular o autocuidado compartilhado, articulando o saber técnico às experiências dos próprios usuários.

- **Grupos Virtuais:** Podem ser utilizadas plataformas virtuais, como WhatsApp, para facilitar a participação ativa dos usuários, favorecendo o compartilhamento de informações, dúvidas e sugestões. O grupo virtual é uma forma de manter uma comunicação continuada em grupo, esclarecer dúvidas, realizar educação em saúde e divulgar as reuniões específicas que existem na unidade, entre outras atividades.

Em nossa experiência, conta com a participação de médicos, enfermeiras e agentes de saúde além de residentes multiprofissionais em saúde da família. O acesso ao grupo pode ser simplificado por meio de QR code disponibilizado em locais de fácil visualização.

- **Grupos Presenciais:** Além de sessões virtuais, é importante a realização de encontros presenciais na UBS ou locais comunitários, uma vez por mês ou com maior frequência de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Os grupos presenciais focam principalmente nas experiências, significados e sentimentos dos usuários em relação a sua condição crônica. Representam um espaço de escuta para atender às necessidades, problemas e vivências das pessoas. A informação circula entre a experiência técnica dos

profissionais e as vivências dos participantes e sua família, promovendo a busca conjunta por soluções de maneira horizontal e significativa.

Em nossa experiência são abordados temas como controle glicêmico, importância da dieta equilibrada, exercícios físicos adequados, administração de medicações, insulinoterapia, abordagem do sofrimento mental, abordagem não medicamentosa do diabetes, e prevenção de complicações do diabetes entre outros assuntos que são propostos pelos participantes. Utilizamos metodologia ativa com abordagem Interativa, incentivando perguntas e discussões para promover um ambiente de aprendizado colaborativo e engajado. A participação da família é fundamental para oferecer suporte contínuo ao paciente, por isso encorajamos sua presença em todas as sessões. Participam médicos, enfermeiros, agentes comunitários, e outros profissionais convidados de acordo com a necessidade ou relevância para o tema que será abordado.

4- Monitoramento e avaliação da implantação

O processo de implantação requer acompanhamento por meio de reuniões periódicas com o conjunto dos profissionais da equipe, nas quais são feitos ajustes no programa de acordo com a experiência em curso, e por meio de estratégias de escuta e diálogo com os usuários, nos grupos e nos atendimentos.

A utilização de indicadores de processo permite monitorar periodicamente a implantação. A escolha de indicadores requer fontes disponíveis de informação e registro de dados confiáveis, a partir dos prontuários eletrônicos e/ou outras fontes disponíveis na unidade que possam refletir a adesão dos profissionais às alterações propostas pelo modelo acordado.

Quadro 6. Critérios, indicadores e padrões esperados para monitoramento e avaliação da implantação do cuidado integral a pessoas com *diabetes mellitus*.

Crítérios	Indicadores	Padrões*
Incorporação de medidas educativas de autocuidado	Periodicidade de grupos educativos (presenciais)	Realização de <i>pelo menos</i> um grupo por mês
	Proporção de usuários participantes de grupos educativos no semestre	20 a 30% do total de usuários com DM cadastrados
	Número mensal de grupos virtuais	Realização de <i>pelo menos</i> um grupo por mês
	Proporção de usuários participantes de grupos educativos virtuais no trimestre	50% do total de usuários com DM cadastrados
Incorporação de medidas de gestão do cuidado individual	Grau de completude dos roteiros de atendimento	Entre 75 e 100% dos casos novos e dos seguimentos
	Uso da classificação de risco	100% da primeira consulta
	Proporção de retorno segundo classificação de risco	Entre 75 e 100%
	Exame dos pés	Entre 75 e 100% na primeira e ao menos uma vez ao ano durante o seguimento
	Solicitação de Hb glicada	Entre 80 e 100%
	Solicitação de microalbuminúria	Entre 80 e 100% na primeira e ao menos uma vez ao ano durante o seguimento
	Solicitação de fundoscopia	Entre 80 e 100% na primeira e ao menos uma vez ao ano durante o seguimento

Fonte: autoria própria

*Padrões sugeridos a partir da experiência dos autores, podem ser ajustados à realidade de cada unidade.

******Frequência de solicitações de fundoscopia, microalbuminúria e exame dos pés, segundo fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019 – 2020.

Para avaliar o processo de implantação é importante que se possa levantar alguns parâmetros prévios que permitam avaliar a incorporação de mudanças no processo de trabalho.

4.1- Uma experiência de monitoramento e avaliação

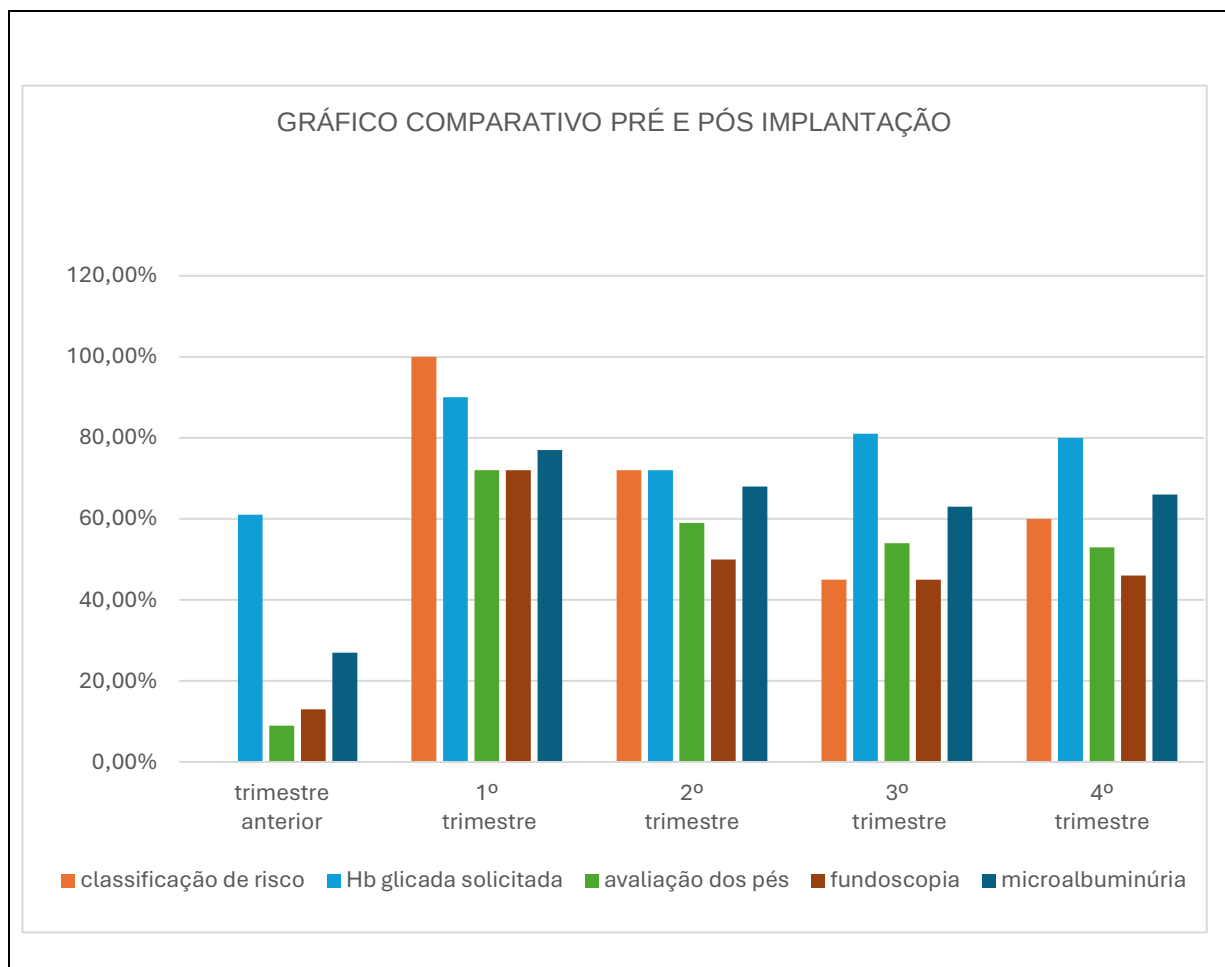
De modo a exemplificar uma estratégia de monitoramento e avaliação, apresento a seguir a experiência da unidade estudada. Para monitorar e avaliar as mudanças efetivadas, foi utilizada uma amostra aleatória de 10% do total dos usuários atendidos no primeiro ano após a implantação (642 pessoas), considerando sempre as primeiras consultas de cada trimestre. A amostra incluiu 25 atendimentos no primeiro trimestre, 24 no segundo, 11 no terceiro e 16 no quarto trimestre (Maldonado, 2024). Para aferir as mudanças nos parâmetros, foi levantada uma amostra do período anterior à implantação do programa. Foram atendidas 443 pessoas com diagnóstico de DM2 nos três meses prévios à implantação. Destes, 10% (44 atendimentos) foram selecionados aleatoriamente e analisados usando os mesmos indicadores dos trimestres de implantação. Os resultados são apresentados nos Quadros 7 e 8.

Quadro 7 – Indicadores do processo de implantação do Programa de Atenção integral a pessoas com DM, no trimestre anterior à implantação e a cada trimestre do primeiro ano de implantação. (Maldonado, 2024)

	trimestre anterior	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
classificação risco	0 %	100 %	72 %	45 %	60 %
Hb glicada	61 %	90 %	72 %	81 %	80 %
avaliação dos pés	9 %	72 %	59 %	54 %	53 %
fundoscopia	13 %	72 %	50 %	45 %	46 %
microalbuminúria	27 %	77 %	68 %	63 %	66 %

Fonte: Maldonado, (2024.)

Quadro 8 – Gráfico comparativo de indicadores de processo pré e pós implantação do programa de atenção a pessoas que vivem com DM.



Fonte: Maldonado, (2024.)

A análise revela uma melhoria inicial significativa em todos os indicadores no primeiro trimestre em comparação com o trimestre anterior, seguida por uma queda nos trimestres subsequentes.

As variações ao longo dos trimestres destacam os desafios na manutenção da consistência e qualidade dos atendimentos, ampliados pela rotatividade de profissionais ocorrida no período de implantação. Estes desafios, relativamente frequentes no atual contexto da APS, poderiam ser minimizados com maior sensibilização dos profissionais para o programa, capacitações, educação continuada e reuniões mais frequentes com os profissionais, além de uma integração rápida e eficaz de novos membros na equipe.

Apesar das quedas, os níveis permaneceram bem acima do trimestre anterior ao programa, indicando uma melhoria geral na prática. Mesmo durante o processo de implantação no primeiro ano, apesar das dificuldades encontradas, houve uma efetiva melhora no cuidado com os usuários, com um aumento expressivo nas solicitações de hemoglobinas glicadas, microalbuminúrias, encaminhamentos para fundoscopia e exames dos pés.

Outras estratégias de monitoramento foram os registros das reuniões com profissionais e usuários por meio de cadernos de campo, que mostraram satisfação tanto da equipe quanto dos usuários com a mudança no atendimento prestado.

Com o exemplo apresentado, espera-se ter demonstrado a importância de estabelecer indicadores de monitoramento que permitam acompanhar e identificar dificuldades ao longo do processo de implantação, e que possibilitem uma avaliação mais global ao cabo de um ano. Para a avaliação pode-se acrescentar instrumentos qualitativos, como entrevistas com profissionais e usuários, além do interesse em acrescentar indicadores de resultados que indiquem uma ampliação do autocuidado, um melhor controle glicêmico e a ampliação da satisfação com a qualidade do cuidado por parte dos usuários e também dos profissionais.

Material de apoio para os usuários

Em nossa experiência temos disponibilizado como material de apoio para os usuários os cadernos da SBD, conforme acessíveis nos links abaixo.

Manual de cuidados com os pés para pessoas com diabetes
<https://lp.diabetes.org.br//T2pa6cABF1168>

Autocuidado e diabetes
<https://lp.diabetes.org.br//jr1R49ABF1115>

Manual de contagem de carboidratos
<https://lp.diabetes.org.br//vpyj5dABF1142>

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n.35).Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

MALDONADO, Waldirene Aparecida Ervilha. **Implantação de programa de atenção integral a pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde**. 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2024.

MICHELS, M.; CORAL, M. C.; SAKAE, T.; *et al.* Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 54, n. 7, p. 644–51, 2010.

RIBEIRÃO PRETO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Programa de atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis**. [s.l.: s.n.], 2021.Disponível em URL: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-h-01202104.pdf>

RUSHFORTH B, MCCRORIE C, GLIDEWELI L, MIDGLEY E, FOY R. **Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: qualitative systematic review**. Br J Gen Pract. 2016 Feb;66(643):e114-27. doi: 10.3399/bjgp16X683509. PMID: 26823263; PMCID: PMC4723210.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Ed. Clannad. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>

4.- CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste programa revelou-se um processo bastante complexo e repleto de aprendizagens sobre diversos aspectos. Desenvolvido de forma participativa, o programa adquiriu uma dinâmica própria, com mudanças significativas ao longo do desenvolvimento do projeto.

Durante pouco mais de um ano, formulamos e implantamos esse programa de atenção à pessoa que vive com diabetes, motivados pela necessidade da unidade e o desejo de aprimorar os cuidados ofertados a esses usuários. Houve também a preocupação com as consequências tardias da perda de seguimento de saúde causada pela pandemia de covid-19, especialmente para as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

Compreende-se que diversas condições exerceram influência, tanto positiva quanto negativa, na consecução das mudanças requeridas para a implementação do programa em questão. Algumas dessas condições são atribuíveis aos elementos institucionais, materiais e informacionais imprescindíveis para o alcance dos objetivos propostos. Apesar de alguns desafios, a colaboração e a dedicação dos profissionais contribuíram para a superação das disparidades entre os objetivos idealizados e as práticas adotadas.

O contexto em que estivemos a partir do início do projeto foi se alterando durante o tempo de implementação do programa. Por motivos alheios ao projeto, mais relacionados ao momento político e de organização no município, passamos a ter um cenário instável sobre diversos aspectos. A grande rotatividade dos profissionais da unidade e a inserção de profissionais com vínculo frágil causaram um processo contínuo de construção e reconstrução que experimentamos durante a implantação do programa.

Essa alta rotatividade de profissionais causou uma piora na ambiência e a falta de vinculação entre os profissionais da unidade, o que pode ter causado uma insatisfação e piora da motivação relacionada ao trabalho. Outro ponto a se observar é que, a partir dessa rotatividade, o programa deixou de ser construído conjuntamente com todo o grupo, e alguns profissionais que se mantiveram à margem dessa construção conjunta podem ter visto a necessidade de seguir uma rotina de atendimento como uma perda de autonomia, desencadeando resistência à proposta.

Precisamos, portanto, estar sempre atentos para identificar as tensões e contradições que surgem entre os elementos dentro da dinâmica da experiência e tentar extrair

dela sua própria lógica. Isso implica incorporar as diversas perspectivas dos participantes, de modo que o conhecimento seja gerado por meio de um diálogo constante entre todos os envolvidos sobre todos os aspectos do processo. Dessa maneira, poderemos entender e obter ensinamentos que nos ajudem a continuar o desenvolvimento do programa.

A nossa expectativa inicial de que uma produção participativa, com a formulação conjunta por todos os profissionais da unidade, ajustada às nossas necessidades e compatível com a nossa realidade, pudesse ser mais facilmente implementada se mostrou apropriada. Mesmo nos meses com maior dificuldade que vivemos, ainda tivemos uma melhora significativa nos indicadores de implantação que foram pesquisados, mostrando que, mesmo de forma inconstante, alcançamos o objetivo e conseguimos formular e implementar o programa na unidade.

É importante considerar que alguns profissionais possuíam competências diferentes das necessárias para a proposta, e seus fatores motivacionais variavam conforme seus valores, expectativas, necessidades intrínsecas e contexto, assim como as próprias concepções de saúde e doença do indivíduo. Apesar da percepção positiva do programa nas respostas ao questionário e nos grupos de profissionais, ainda existem lacunas evidentes na participação efetiva de alguns dos envolvidos.

Existiam alguns fatores subjetivos e objetivos relacionados principalmente com o vínculo entre os profissionais das equipes, que são obstáculos difíceis de perceber e ainda mais de enfrentar, visto que são pouco conscientes na maioria das vezes e pouco expressados quando se tenta elucidar as incoerências e dificuldades de se reorganizar e retomar processos que não estão funcionando dentro da unidade.

É possível que, em alguns casos, a resistência do sujeito à mudança, a falta de planejamento e engajamento da equipe e uma política de gestão por resultados tenham interferido na adesão de determinados profissionais em alguns períodos desse trabalho. Outros fatores extrínsecos, como equipe multidisciplinar reduzida sem apoio de NASF, falta de condições de trabalho como excesso de demanda e horários muito reduzidos para a realização da consulta, referidos pelos profissionais, contribuíram ainda para a redução do engajamento no programa.

Vale destacar que alguns profissionais de saúde e equipes de outras unidades de atenção básica do município ficaram interessados em implementar o programa em suas unidades, e assim começamos a disponibilizar, de forma experimental, o produto técnico/tecnológico que ainda não estava estruturado graficamente.

Um dos desafios que temos agora é a manutenção da consistência na qualidade dos atendimentos ao longo do tempo apesar das indefinições que fazem parte da prática cotidiana dos serviços de atenção básica no município. Isso pode ser, em parte, ajustado observando algumas das declarações que obtivemos no questionário dos profissionais estimulando à sua continuidade, considerando as diferentes competências e motivações dos profissionais e adaptando nossas estratégias para promover o engajamento e a participação efetiva de todos.

A realização de mais reuniões com o grupo de trabalho para adequações no programa a partir das necessidades que apareceram nos grupos focais com usuários como as dificuldades relacionadas a saúde mental e obstáculos relacionados ao acesso às consultas e ao grupo presencial.

Mesmo durante o processo de implantação neste primeiro ano, apesar das dificuldades encontradas o resultado está sendo muito promissor, com os profissionais e as equipes atuais se engajando progressivamente e contribuindo ativamente na realização das ações no cotidiano da unidade.

Houve também uma efetiva melhora no cuidado com esses usuários segundo o que encontramos na amostra coletada, que mostra um aumento muito expressivo nas solicitações de Hemoglobinas glicadas, microalbuminúrias, encaminhamentos para fundoscopia e exames dos pés, como mostra a tabela nº 7.

As reuniões com profissionais, grupos focais com usuários e cadernos de campo mostram satisfação tanto da equipe quanto dos usuários com a mudança no atendimento prestado, que esperamos cause a longo prazo melhora no controle glicêmico, redução de complicações e um resultado positivo na qualidade de vida desses usuários.

BIBLIOGRAFIA

ALICIC RZ; ROONEY MT; TUTTLE KR. Diabetic Kidney Disease: Challenges, Progress, and Possibilities. **Clin J Am Soc Nephrol**. 2017;12(12):2032-2045. doi:10.2215/CJN.11491116

ALMEIDA, M. S; MELLO R HV; VILAR, R L A; *et al*. A educação popular em saúde com grupos de idosos diabéticos na estratégia de saúde da família: uma pesquisa - ação. **Revista Ciência Plural**, p. 68–93, 2019.

ARRELIAS, C. C. A. et al.. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 315–322, jul. 2015.

BANERJEE, M.; CHAKRABORTY, S ; PAL, R.. Diabetes self-management amid COVID-19 pandemic. v. 14, n. 4, p. 351–354, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402120300783?via%3Dihub>>.

BARRETO, R.G.A. P.; OLIVEIRA, I.A.F.; FRAGA, A. S. B.; *et al*. Therapeutic itinerary of patients with diabetes mellitus in the basic network / Itinerário terapêutico do paciente com diabetes mellitus na rede básica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 14, p. e–11464, 2022. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11464. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11464>.

BORGES, D. D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do diabetes mellitus na atenção básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**, p. 162–178, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811613>

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos de atenção Básica** [s.l.: s.n.], 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n.35).Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União: Seção 1*, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

CAVALCANTE, T M F B. **O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: LIMITES E POSSIBILIDADES.** 2023. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/52372/1/Acompanhamentopessoashipertensao_Cavalcante_2023.pdf.

COLETTE, MM Pesquisa-ação participativa e compromisso social da universidade. Curitiba, **Editora CRV**, 2021.

COSTA, A. F.; FLOR, L.; CAMPOS, M. R.; *et al.* Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cadernos de saúde Pública**, 2020, v.33, n.2, e00197915, 2017.DOI 10.1590/0102-311x00197915

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. Pesquisa de métodos mistos. [eBook Kindle]. Porto Alegre: Penso, 2013

CYRINO, A. P. P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde.** 2005. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DE ALMEIDA-PITITTO B, ELIASCHEWITZ FG, DE PAULA MA, FERREIRA GC. Brazilian Type 1 & 2 Diabetes Disease Registry (BINDER): longitudinal, real-world study of diabetes mellitus control in Brazil. **Front Clin Diabetes Healthc.** 2022 Aug 16;3:934629. doi: 10.3389/fcdhc.2022.934629. PMID: 36992732; PMCID: PMC10012111

DONNELLY, R. et al. ABC of arterial and venous disease: vascular complications of diabetes. *BMJ*, [S.l.], v. 320, n. 7241, p. 1062–1066, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10764371/>

DUARTE, L. S.; SHIRASSU, M. M.; ATOBE, J. H.; *et al.* Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 68–81, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2021.v45nspe2/68-81/>.

EVANS M; ENGBERG S; FAURBY M; FERNANDES JDDR, HUDSON P, POLONSKY W. Adherence to and persistence with antidiabetic medications and associations with clinical and economic outcomes in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic literature review. **Diabetes Obes Metab.** 2022 Mar;24(3):377-390. doi: 10.1111/dom.14603. Epub 2021 Dec 9. PMID: 34779107; PMCID: PMC9299643.

FERREIRA, C. R. S. **Estratificação de risco na organização do atendimento à saúde da pessoa com diabetes mellitus.** Macapá, 2017. Dissertação (Mestrado em ciências da Saúde) Disponível em: <http://repositorio.unifap.br/bitstream/123456789/134/1/Dissertacao_EstratificacaoRiscoOrganizacao.pdf>.

FONSECA, A. L.M.; BRITO, R. A.; CARVALHO, A. I. C. C.; *et al.* Escore de risco de Framingham em pacientes diabéticos da estratégia de saúde da família. **Rev. baiana saúde pública**, v. v 45, p. 129–144, 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1393092>>.

GIOVANELLA, L. .; VEGA, R. .; TEJERINA-SILVA, H. .; ACOSTA-RAMIREZ, N. .; PARADA-LEZCANO, M. .; RÍOS, G. .; ITURRIETA, D. .; ALMEIDA, P. F. de; FEO, O. . A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América Latina?. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 19, p. 28, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/515>. .

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Linha de cuidado à pessoa com diabetes mellitus.** [s.l.: s.n.], 2018.

KABIR, A.; KARIM, Md N; ISLAM, R. M.; ROMERO, L.; BILLAH, B. Preparação do sistema de saúde para doenças não transmissíveis no nível de atenção primária: uma revisão sistemática. *BMJ Open*, v. 12, n. 2, e060387, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060387>. Publicado on-line em: 9 fev. 2022.

KRASS I, SCHIEBACK P, DHIPPAYOM T. **Adherence to diabetes medication: a systematic review.** *Diabet Med.* 2015;32(6):725-737. doi:10.1111/dme.12651

LAUTERTE, P.; SILVA, D. M. V. G.; SALCI, M. A.; *et al.* Vista do Protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus na atenção primária | **Revista de Enfermagem da UFSM.** 2020. Ufsm.br. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40638/html>>.

LEITE, I. da C.; VALENTE, J. G.; SCHRAMM, J. M. de A.; *et al.* Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1551–1564, 2015.

MAEYAMA, MA; POLLHEIM, LCF; WIPPEL, M.; MACHADO, C.; VEIGA, MV Aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Básica / Aspectos relacionados à dificuldade de controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 7, pág. 47352–47369, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n7-391. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/13278>.

MAFFEI, L. M.; SAGRILO, k. k.; ATAMANCZUK, Y.; *et al.* Avaliação de usuários com Diabetes mellitus tipo 2 sob intervenção uni ou interprofissional na atenção básica. **Rev. Saúde Pública Paraná** (Online), p. 74–93, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1252778>>

MALTA, D. C.; DUNCAN, B. B.; BARROS.; *et al.* Fiscal austerity measures hamper noncommunicable disease control goals in Brazil. **Cien Saude Colet**, p. 3115–3122, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30365830>>.

MALTA, D. C.; DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; *et al.* Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Population Health Metrics**, v. 18, n. S1, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7525955/>>.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. de; SILVA JUNIOR, J. B. da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425–438, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002>.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. S. C. de A.; OLIVEIRA, T. P.; MOURA, L. de; PRADO, R. R. do; SOUZA, M. de F. M. de. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190030, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>.

MALTA, D. C.; SALTARELLI, R. M. F.; PRADO, R. R. do; *et al.* Mortes evitáveis no Sistema Único de Saúde na população brasileira, entre 5 e 69 anos, 2000 - 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 0, 2018.

MALTA, DC, SZWARCOWALD, C.L., BARROS M.B.A., et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2020; 29(4):e2020407.

MARINHO, M. G. da S. **Análise de uma intervenção direcionada à atenção aos diabéticos na estratégia saúde da família no estado de Pernambuco**, Tese (Doutorado) Recife. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23956>

MARTINS, T. C. de F.; SILVA, J. H. C. M. da; MÁXIMO, G. da C.; et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4483–4496, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n10/4483-4496/>.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo sistema único de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431–436, 2018.

MENDES, E.V. 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

MICHELS, M.; CORAL, M. C.; SAKAE, T.; et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 54, n. 7, p. 644–51, 2010.

MINAS GERAIS, Laboratório de inovações na atenção às condições crônicas de Santo Antônio do Monte (liacc/samonte). Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde – Conass, Organização Panamericana de Saúde – opas, s/d. Revisão das Diretrizes Clínicas. **Oficina I – Validação da estratificação de risco das doenças crônicas**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-3-Validacao-EstratificacaoRisco-CondCr.pdf>

MOYSÉS, S. T. (Org.); MOYSÉS, S. J. (Org.); SILVEIRA FILHO, A. D. (Org.). **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49105>.

MUZY, J. et al.. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. e00076120, 2021

NOBREGA, L. M. B.; DE OLIVEIRA, P. S.; SANTOS, C. L. J.; *et al.* Características e qualidade de vida de pessoas com diabetes characteristics and quality of life of people with diabetes características y calidad de vida de personas con diabetes, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. **Revista de enfermagem UFPE online**, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238663p1243-1252-2019>>.

OLIVEIRA, R. E. M.; BALDONI, N. R.; UETA, J.; FRANCO, L. J. Diferenças de gênero na utilização de serviços de saúde por indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 100-107, 2017. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/350/pdf>.

PARENTI L. C. **Reorientando práticas de cuidado com o diabetes mellitus: a construção partilhada profissionais-usuários**. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010.

POURHABIBI, N.; MOHEBBI, B.; SADEGHI, R.; et al. Determinants of poor treatment adherence among patients with type 2 diabetes and limited health literacy: a scoping review. **Journal of Diabetes Research**, v. 2022, 2022. Publicado em: 4 jul. 2022. DOI: 10.1155/2022/2980250.

RIBEIRÃO PRETO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Programa de atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis**. [s.l.: s.n.], 2021. Disponível em URL: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-h-01202104.pdf>

RIBEIRO, W. A; MARIANO, E. de S.; CIRINO, H. P.; TEIXEIRA, J. M.; MARTINS, L. M.; ANDRADE, M.. Educação em saúde aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na estratégia saúde da família. *Revista Pró-UniverSUS*, São Paulo, v. 8, n. 2, 2017.

RINCÓN-ROMERO, M. K.; TORRES-CONTRERAS, C.; CORREDOR-PARDO, K. A. Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. **Revista Ciencia y Cuidado**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 40-59, 2017. DOI: 10.22463/17949831.806. Disponível em: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/806>.

ROSA, L. S. da; MACKEDANZ, L. F. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. **Revista Atos de Pesquisa em Educação**, Blumenau, v. 16, e8574, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7867/1809-0354202116e8574>. Acesso em: 29 jun. 2024

RUSHFORTH B, MCCRORIE C, GLIDEWELI L, MIDGLEY E, FOY R. Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: qualitative systematic review. **Br J Gen Pract**. 2016 Feb;66(643):e114-27. doi: 10.3399/bjgp16X683509. PMID: 26823263; PMCID: PMC4723210.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1477.2882.

SANTOS, A. L.; MARCON, S. S.; TESTON, E. F.; BACK, I. R.; LINO, I. G. T.; BATISTA, V. C.; MATSUDA, L. M.; HADDAD, M. C. F. L. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus e relação com a assistência na atenção primária. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200008.

SANTOS, K. P. B. D.; LUZ, S. C. T. da; MOCHIZUKI, L.; et al. Carga da doença para as amputações de membros inferiores atribuíveis ao diabetes mellitus no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Cuidando de todos: doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde (APS): protocolo clínico prático para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na atenção primária à saúde (APS): hipertensão arterial e diabetes mellitus**. 1. ed. rev. [s.l.: s.n.], 2020. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NOVAR_A_BHB3_PROTOCOLO_SMS_CLINICO_VERSAO_FINAL.pdf.

SAPUTRO SA, PATTANAPRATEEP O, PATTANATEEPAPON A, KARMACHARYA S, THAKKINSTIAN A. Prognostic models of diabetic microvascular complications: a systematic review and meta-analysis. **Syst Rev**. 2021;10(1):288. Published 2021 Nov 1. doi:10.1186/s13643-021-01841-z

SCHREINER, A.; SIMPSON, K. Primary care and chronic disease: the intersection of comfort and specialty involvement - a cross-sectional study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 23, n. 3, p. 494-497, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12621>.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R.; MOEHLECK, V.; DIERCKS, M. S. Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e gestão do cuidado na atenção primária. **Interface (Botucatu)**, v. 25, 2021. DOI: 10.1590/interface.200506. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200506>.

SILVA, L. A. L. B.; MELO, R. C.; ARAÚJO, B. C. de; et al. Barreiras e facilitadores na APS para adesão ao tratamento em adultos com hipertensão arterial ou diabetes

mellitus tipo 2. Bvsalud.org, p. 23–23, 2021. Disponível em:
<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1358452>>.

SILVA, L. W. S; SILVA, J.; SQUARCINI, F. S; *et al.* Promoção da saúde de pessoas com diabetes mellitus no cuidado educativo preventivo do pé-diabético. **Ciencia y Enfermeria XXII** (2): 103-116, 2016 Disponível em:
<https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v22n2/art_08.pdf>.

SILVA NETO, F. S.; SILVA, J. L. da; MORAIS, J.D. de. Assistência aos diabéticos na atenção básica: análise do 2º ciclo do PMAQ no município de João Pessoa-Paraíba, **Brasil. Arch. health invest**, p. 1080–1083, 2021. Disponível em:
<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1343427>>.

SILVA, R. D. O.; GONÇALVES, B. C.; PEREIRA, I. C. S.; *et al.* Aplicação do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) durante a pandemia do COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e35111537004, 2022.

SILVA-TINOCO, R.; TORRE-SALDANA, V. D. L. La imperiosa necesidad de telemedicina en la atención de diabetes durante la pandemia de COVID-19: un estudio de abordaje integral. **Gaceta Médica de México**, Ciudad de México, v. 157, n. 3, p. 323-326, jun. 2021. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000300323&lng=es&nrm=iso. Epub 13 set. 2021. DOI:
<https://doi.org/10.24875/gmm.20000674>.

SOARES FILHO, A. M.; DE FRANÇA, G. V. A.; MALTA, D. C. **Tripla carga de doenças no brasil, 1990-2021: mudanças, inflexões e o fator covid-19**. Rev Min Enferm, v. 26, p. 1475, 2022

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Ed. Clannad. Disponível em:
<https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Dados epidemiológicos do diabetes mellitus no Brasil, 2023. Disponível em:
https://profissional.diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Dados-Epidemiologicos-SBD_comT1Dindex.pdf

SOUZA C.L, OLIVEIRA M.V. Fatores associados ao descontrole glicêmico de diabetes mellitus em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde no Sudoeste

da Bahia. Cad Saúde Colet, 2020; Ahead of Print. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010319>

SOUZA, A. C.; SILVA, I. T. da C.; GUIMARÃES, A. P. D. Pesquisa-ação: um olhar para a atenção primária em saúde. Revista de Saúde Aeronáutica, 2021. Artigo original.

SUPLICI, S. E. R., MEIRELLES B. H. S., LACERDA J. T., SILVA D. M. G. V. Self-care among people with Diabetes Mellitus and quality of care in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm.** 2021;74(2):e20200351. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0351>

TEIXEIRA, E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 9, e1, p. 1-3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769236334>.

THIOLLENT, MICHEL. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIPP, D.; Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. da C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 113–135, 2016.

WEED LL. **Medical records, medical education and patient care**. Cleveland: Case Western Reserve University; 1969

WOLLMANN, A. et al. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%20C3%A7ado%2005_06_14.pdf, 2014.

WRIGHT, M. T.; BRITO, I.; COOK, T.; HARRIS, J.; KLEBA, M. E.; MADSEN, W.; SPRINGETT, J.; WAKEFORD, T. O que é pesquisa participativa em saúde? International Collaboration for Participatory Health Research, Position Paper 1. 2013. Disponível em: http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_definition_-_version_may_2013.pdf.

APÊNDICE A - TCLE-Profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

O Sr.(a)_____ é convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Implantação de programa de atenção integral a pessoas com diabetes mellitus na atenção primária a saúde-uma pesquisa-ação”, que será desenvolvido por mim Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado, médica, com orientação da Prof.^a Associada Elen Rose Lodeiro Castanheira da Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP.

O objetivo geral deste trabalho é elaborar um programa de atenção integral para pacientes diabéticos, composta por protocolo e fluxo de atendimento, monitoramento e estratificação de risco, e implementá-la em uma unidade básica do município de Sorocaba, denominada como “unidade piloto”

Por se tratar de uma pesquisa organizada segundo a metodologia de “pesquisa-ação”, será necessário que o(a) Sr.(a) se disponibilize voluntariamente a participar dos grupos de trabalho como colaborador, para estudo e sistematização dos protocolos, fluxos, organização de atendimentos e posterior realização dos atendimentos dos pacientes diabéticos na unidade piloto, segundo o que for acordado entre todos os profissionais que aceitarem participar do estudo. As reuniões serão registradas em caderno de campo de uso exclusivo do pesquisador, e a coleta de informações pode incluir questionários e entrevistas a serem previamente acordadas no grupo de trabalho.

Os riscos da pesquisa para os profissionais participantes incluem à possibilidade de constrangimento em relatar suas atividades e dificuldades no cotidiano de trabalho, interferências negativas em sua avaliação e progressão funcional, receio de repercussões eventuais e outros fatores que poderiam afetar a viabilidade do projeto em relação a sua implementação e assim ser motivo de frustração de expectativas.

Os benefícios diretos da sua participação são a satisfação por oferecer um cuidado mais integral aos pacientes da unidade, com a atualização dos protocolos e diretrizes clínicas, além de melhoria dos fluxos de atendimento das pessoas com diabetes mellitus, e assim, com a melhora na qualidade do atendimento prestado aos pacientes com condições crônicas.

Os pesquisadores se comprometem com o sigilo das informações coletadas e com o anonimato dos participantes. As informações coletadas em hipótese alguma prejudicarão o trabalho ou a inserção no serviço de qualquer profissional. Todos os registros das reuniões, questionários ou entrevistas, serão mantidos no anonimato e

destruídos após a conclusão do estudo. Os nomes dos participantes nesta pesquisa não serão divulgados de nenhum modo em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga. Não haverá custos relativos à pesquisa para os participantes.

Em caso de constrangimento ou qualquer desconforto, os pesquisadores colocam-se à disposição para acolher o profissional e tentar superar o ocorrido, mas, além disso, o profissional poderá remeter queixa aos níveis superiores de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, assim como, quando couber, requerer indenização por danos morais junto aos órgãos competentes.

O(A) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isso lhe ocasione qualquer prejuízo com relação à sua inserção profissional ou a seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através do telefone: 015-33332525 ou e-mail: waldirene.maldonado@unesp.br

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Desde já agradecemos!

Eu _____ (nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido(a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa intitulada “Implantação de programa de atenção integral a pessoas com diabetes mellitus na atenção primária a saúde- uma pesquisa-ação”.

Sorocaba, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Pesquisador
Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado.

Assinatura do participante
RG:

Pesquisadora: Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado
Endereço: Av. Paraná , 3719, CEP 18105-002, Cajuru do Sul- Sorocaba, SP
Tel.: (15)33332525 e-mail: waldirene.maldonado@unesp.br

Orientadora: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Endereço: FMB-UNESP. Av. Prof. Montenegro s/n –
Distrito de Rubião Jr., Botucatu - SP, 18618-687
Tel: (14) 3880-1337 Email: elen.castanheira@unesp.br

APÊNDICE B - TCLE- Usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

O Sr.(a) _____ é convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “: Implantação de programa de atenção integral a pessoas com diabetes mellitus na atenção primária a saúde-uma pesquisa-ação”, que será desenvolvido por mim Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado, médica, com orientação da Prof.^a Associada Elen Rose Lodeiro Castanheira da Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP.

O objetivo geral deste trabalho é elaborar uma proposta de atenção integral para pacientes diabéticos, composta por protocolo e fluxo de atendimento, monitoramento e estratificação de risco, e implementá-la em uma unidade básica do município de Sorocaba, denominada como “unidade piloto”.

Para realizar o estudo será necessário que o(a) Sr.(a) se disponibilize voluntariamente a participar de um grupo focal com a participação de 12 pessoas da comunidade, portadores de diabetes mellitus (DM), para estudo e reflexão a respeito de organização de atendimentos para pessoas com DM, contribuindo para a elaboração de uma proposta que atenda às necessidades e expectativas de cuidado integral, mais efetivo e abrangente dos pacientes diabéticos na unidade piloto.

Os riscos da pesquisa para os participantes referem-se à possibilidade de constrangimento em relatar a experiência de uso do serviço, interferência nos atendimentos da unidade, embaraço de interagir com estranhos, medo de repercussões eventuais e outros fatores que poderiam interferir negativamente nas expectativas de participação no projeto, e assim ser motivo de frustração.

Os benefícios diretos da sua participação são: a satisfação em contribuir com a melhoria da atenção dirigida a pessoas como diabetes nessa unidade, ajudar com a inclusão de itens que devem ser contemplados em um programa de cuidado integral aos pacientes com diabetes, com a melhoria do fluxo de atendimento dos pacientes e maior sensibilidade das equipes da ESF na atenção às condições crônicas.

Os pesquisadores se comprometem com o sigilo das informações coletadas e com o anonimato dos participantes. Todos os registros das reuniões, questionários ou entrevistas, serão mantidos no anonimato e destruídos após a conclusão do estudo. Os nomes dos participantes nesta pesquisa não serão divulgados de nenhum modo em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga. Não haverá custos relativos à pesquisa para os participantes.

Em caso de constrangimento ou qualquer desconforto, os pesquisadores colocam-se à disposição para acolher o participante e tentar superar o ocorrido, mas, além disso,

ele poderá remeter queixa à ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde, assim como, quando couber, requerer indenização por danos morais junto aos órgãos competentes.

O(A) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isso lhe ocasione qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através do telefone: 015-33332525 ou Email: waldirene.maldonado@unesp.br

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Eu _____ (nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido(a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa “Implantação de programa de atenção integral a pessoas com diabetes mellitus na atenção primária a saúde- uma pesquisa-ação.”

Sorocaba, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Pesquisador
Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado.

Assinatura do participante
RG:

Pesquisadora: Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado
Endereço: Av. Paraná , 3719, CEP 18105-002
Tel.: (15) 33332525 e-mail: waldirene.maldonado@unesp.br

Orientadora: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Endereço: FMB-UNESP. Av. Prof. Montenegro s/n –
Distrito de Rubião Jr., Botucatu - SP, 18618-687
Tel.: (14) 3880-1337 e-mail: elen.castanheira@unesp.br

APÊNDICE C - Roteiro para o primeiro grupo focal com usuários

Roteiro para grupo focal com usuários:

- 1- Apresentação do pesquisador, moderador e redator
- 2- Agradecer a presença dos participantes e convidados
- 3- Apresentação do objetivo do grupo e da pesquisa
- 4- Apresentação de todos os convidados
- 5- Leitura TCLE,
- 6- Assinatura TCLE
- 7- Início das perguntas norteadoras para discussão com usuários.

. Eu sou Waldirene, médica desta unidade e estou desenvolvendo uma pesquisa para o mestrado profissional Profsaúde na UNESP em Botucatu.

Quero desde já agradecer a presença de vocês neste grupo e vou explicar do que se trata essa pesquisa e porque preciso da ajuda de vocês.

Desde a pandemia de Covid 19 percebemos que perdemos o seguimento dos pacientes portadores de diabetes com piora do controle da patologia e maior risco de complicações e estamos planejando melhorar o cuidado com pessoas que convivem com diabetes e organizar uma forma de atendimento que seja mais integral e completa. E que penso que ninguém melhor a nos ajudar a fazer esse caminho e a construir uma proposta possível e que seja realmente adequada às necessidades dos diabéticos do que eles mesmos.

Isso faz parte do trabalho de mestrado que estou fazendo e para continuarmos vou ler um documento pois em toda pesquisa é necessário que as pessoas que colaboram estejam bem esclarecidas. Pergunto sobre dúvidas e se eles estariam dispostos a participar do estudo e procedemos as assinaturas.

Nesse momento iniciamos com um roteiro de perguntas para reflexão:

1-Quais são as suas maiores dificuldades para conviver com DM?

2-Vocês fazem o tratamento somente aqui na unidade ou em algumas situações procuram outros serviços? Quais?

3-Como é o seu relacionamento com os médicos e enfermagem aqui na unidade?

4-As consultas se mostram adequadas para responder suas necessidades de cuidado?

5-Você já frequentou o grupo da unidade?

6-O que vocês acham que podemos fazer aqui, com os recursos que temos, para facilitar o cuidado com sua saúde?

APÊNDICE D - Roteiro para os próximos grupos focais

Roteiro para grupo focal com usuários:

Bom dia!

Eu sou Waldirene, médica de família e comunidade aqui no Cajuru e estou realizando um projeto de mestrado junto com toda a equipe que é um programa de atenção integral ao indivíduo com diabetes.

E pedi que cada médico daqui indicassem alguns usuários que já tenham passado pelo programa para que eu pudesse convidar para esta conversa.

Muito obrigada por comparecerem aqui para nos ajudar e construir esse programa.

Todos vocês já passaram em consulta aqui após iniciar o programa e chamei vocês para ouvir a opinião e sugestões.

O que vocês acharam dessa forma de consulta?

O que teve de bom e o que teve de ruim?

Hoje, quais são as dificuldades que vocês têm para lidar com sua doença?

Quais são as sugestões que vocês têm para melhorar o programa?

O que mais vocês sugerem para melhorar o controle que vocês têm sobre a doença?

APÊNDICE E - Roteiro para grupo de profissionais

Roteiro grupo focal profissionais- nova turma

Boa tarde,

Eu iniciei esse projeto em maio de 2023, com a participação de todos os profissionais que estavam na época e montamos juntos esse programa. Nesse período tínhamos realmente atingido uma homogeneidade nas ações dos profissionais da unidade. Com a mudança do quadro de funcionários e com a falta de funcionários percebi que o projeto já não estava funcionando como antes. Então esta reunião é para expormos as dificuldades, refletir sobre elas e principalmente sugerir as alterações que devemos fazer para podermos seguir em frente.

Tenho conversado com vocês individualmente e percebemos que existem dificuldades na implantação do programa da forma como está sendo realizado. Existiram relatos de que, com o tempo que temos para a consulta, de 20 minutos se torna bem angustiante e uma crítica interessante é que estamos focando a consulta na doença e não no paciente.

No entanto realizei um grupo focal com os pacientes há 2 semanas e obtive relatos muito interessantes deles como um paciente que falou que sempre foi muito descontrolado e não se preocupava mesmo com a doença, mas que depois desse atendimento, com avaliação dos pés percebeu o que poderia acontecer se ele não se cuidasse e está conseguindo se cuidar agora. Outro falou que está achando muito bom pois já sai com os pedidos de exames e a data da próxima consulta, não ficando perdido sem saber quando precisa voltar, e muito outros que relataram que passaram a se cuidar mais agora.

Assim, preciso muito da colaboração de vocês para acertamos o rumo do que vamos fazer para tornar o projeto viável.

Assim vamos refletir:

Vocês consideram que o cuidado com o usuário com diabetes hoje no município está adequado?

O que vocês acham que poderia melhorar o cuidado e o autocuidado desses pacientes?

O que vocês acham que devemos e podemos realizar na unidade para isso?

Em relação ao planejamento das consultas como está hoje, quais são suas dificuldades

Quais são as ações dentro do programa que são essenciais e quais não são?

O que podemos mudar, retomar ou dividir em consultas subsequentes para tornar a consulta viável e melhorar esse cuidado?

APÊNDICE F - Questionário para profissionais

Questionário para profissionais de saúde sobre a implantação do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde do Cajuru

1. Qual sua profissão:

Enfermeiro

Médico

2. Há quantos anos trabalha no SUS?

Marcar apenas uma oval.

Menos de 1 ano

entre 2 e 3 anos

entre 3 e 5 anos

mais de 5 anos

3. Há quantos anos trabalha na APS?

Marcar apenas uma oval.

Menos de 1 ano

entre 2 e 3 anos

entre 3 e 5 anos

mais de 5 anos

4. E nesta Unidade Básica?

Marcar apenas uma oval.

Menos de 1 ano

entre 2 e 3 anos

entre 3 e 5 anos

mais de 5 anos

5. Você tem algum interesse especial no tema – Diabetes Mellitus?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Você participou da construção do programa?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Na sua opinião, a implantação do programa de atenção a pessoas com diabetes na unidade:

Marcar apenas uma oval.

Foi fácil incorporá-lo a minha rotina

Foi muito difícil incorporá-lo a minha rotina

Tive dificuldades, mas consegui incorporá-lo a minha rotina

Não tive interesse em incorporá-lo a minha rotina

Não consegui incorporá-lo a minha rotina

8. Como você percebe esse cuidado em relação a organização da unidade?

Marcar apenas uma oval.

A unidade não se organizou para ofertar esse cuidado

A unidade teve dificuldades para a organização desse cuidado

A unidade se organizou para ofertar esse cuidado

Você participou da construção do programa?

Na sua opinião, a implantação do programa de atenção a pessoas com diabetes na unidade:

Comente sua resposta

9. Como você percebe esse cuidado em relação a qualidade de atendimento para o usuário?

Marcar apenas uma oval.

Acredito que houve melhoras na qualidade do atendimento prestado a essas pessoas

Acredito que não houve melhora na qualidade do atendimento prestado a essas pessoas

Acredito que houve piora na qualidade do atendimento prestado a essas pessoas

10. Quais os problemas e desafios que você pode apontar em relação a sua participação pessoal no programa

Marcar apenas uma oval.

Falta de tempo adequado para essas consultas

Falta de capacitação para atendimento dessa condição de saúde

Falta de interesse pessoal nesse tema

Dificuldades tecnológicas relacionadas ao uso do programa

Outros

Especifique

11. Quais problemas e desafios você consegue apontar em relação a participação dos profissionais da unidade no programa?

Marcar apenas uma oval.

Falta de tempo para a realização das consultas

Falta de reuniões para discussão do tema

Alta rotatividade de profissionais

Falta de capacitação sobre o tema

Falta de interesse dos profissionais

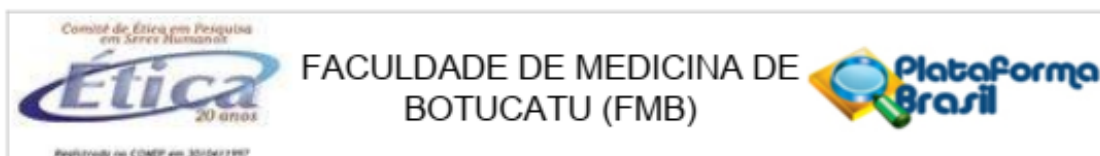
Falta de apoio da coordenação para o desenvolvimento do programa

Outros

Especifique

Quais sugestões você pode apontar para tornar o programa mais efetivo

ANEXO I – Parecer consubstanciado CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implantação de programa de atenção integral a pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde- uma pesquisa-ação.

Pesquisador: Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70699923.4.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.259.774

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto: As informações apresentadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento além da perda de qualidade de vida com limitações nas atividades de trabalho e lazer, impactos econômicos nas famílias e sociedade. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (Brasil, 2013, Malta 2011). A atenção primária a saúde (APS), em sua importante atribuição de principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como um grande desafio a atenção à saúde para as doenças crônicas, uma vez que a atenção integral exige seguimento com longitudinalidade e coordenação do cuidado da APS com a rede de serviços. Segundo Nóbrega, entre as doenças crônica não transmissíveis, o Brasil possui o maior número de indivíduos que

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

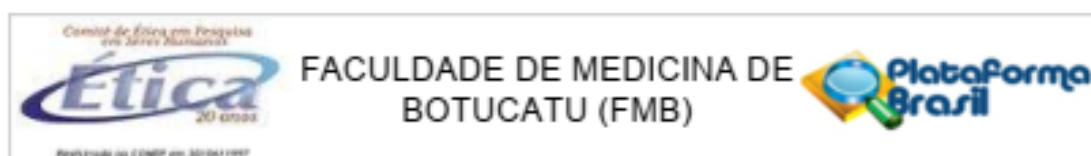
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

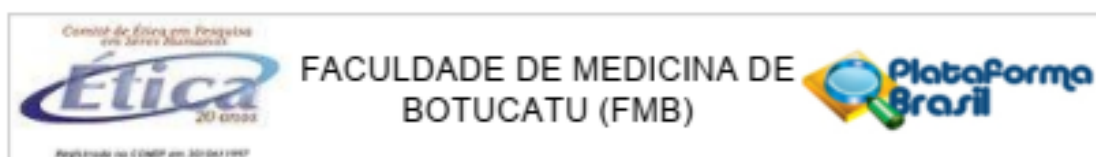
E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.259.774

apresentam diabetes mellitus entre os países da América do Sul e Central (14,3 milhões) (Nóbrega, 2019). As complicações crônicas do diabetes como retinopatia, amputações, neuropatia diabética, e doença renal crônica causam prejuízos à capacidade funcional, autonomia, qualidade de vida e dificultam o acesso a serviços de saúde. O uso de pesquisa ação tem sido considerado uma ferramenta útil nesse sentido já que é uma construção conjunta alicerçada na aproximação de saberes de modo a favorecer a promoção de mudanças ao bem-estar coletivo das pessoas. Dessa forma, este estudo tem por objeto a atenção integral a pessoas com diabetes mellitus, com o objetivo de implementação de um programa que permita o resgate do seguimento e implantação de protocolos de atendimento, classificação de risco e fluxograma em uma UBS do município de Sorocaba. O estudo será realizado por meio da metodologia participativa denominada "pesquisa-ação", uma vez que será desenvolvido a partir de um problema identificado pelos profissionais da unidade e que se encontram motivados para elaborar em conjunto uma nova proposta de atenção às pessoas com diabetes mellitus com base técnico científicas e coerentes com os princípios e diretrizes da APS e do SUS. O local do estudo é uma unidade organizada segundo a Estratégia de Saúde da Família, composta por três equipes. Cada equipe conta com médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, somando um total de 21 profissionais, sendo três médicos, 2 odontólogos, três enfermeiras, três técnicos 1 técnico odontológico e nove agentes de comunitários. Para desenvolvimento dos protocolos e estratégias de resgate e manutenção do seguimento que compõem o programa, será constituído um grupo de trabalho que responsável pelo

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 13.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



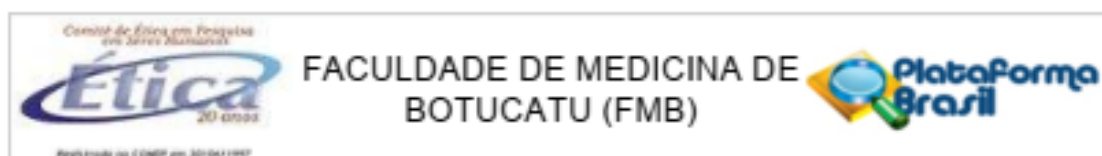
Continuação do Parecer: 6.259.774

desenvolvimento e execução das várias etapas do projeto. O grupo de trabalho contará com a participação dos profissionais das três equipes da unidade e dos residentes médicos e de enfermagem, com adesão daqueles que voluntariamente aceitarem participar desse processo a partir da leitura e aceitação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O primeiro passo será realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados e Portal Periódicos (CAPES), além de livros técnicos e publicações do Ministério da Saúde. Esse material será analisado pelo grupo de trabalho constituindo a base técnica das proposições do programa. Para escuta e apreensão das necessidades sentidas pelas pessoas com DM será realizado grupo focal com aproximadamente 12 usuários com DM atendidos na unidade, a partir do TCLE. O grupo focal também permitirá levantar elementos para elaboração de medidas educativas de autocuidado. Com base na revisão realizada, nas questões identificadas no grupo focal e na experiência de trabalho dos profissionais da unidade, será proposto um programa de atenção integral às pessoas com DM. O material elaborado será apresentado e encaminhado à gestão municipal de modo a partilhar os resultados com as demais unidades e avaliar a possibilidade de desenvolvimento do mesmo em base digital.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Desenvolvimento e elaboração conjunta de proposta de atenção integral ao paciente com DM, fluxo de atendimento, estratificação de risco, em serviço de atenção primária à saúde. Implantação da proposta da atenção contínua com fluxos de atendimento por classificação de risco e

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 13.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.259.774

monitoramento para

pessoas com diabetes mellitus usuárias da unidade.

Objetivos secundário: Revisão de literatura e grupos de estudo para organizar a proposta de atenção Integral. Elaboração e Implantação de material educativo para o autocuidado de pessoas que vivem com diabetes mellitus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Divulgação de dados confidenciais, Interferência na vida e na rotina dos sujeitos, embaraço de Interagir com estranhos, medo de repercussões eventuais e outros fatores que poderiam Interferir na realidade na qual planejamos e possam afetar a viabilidade do projeto em relação a sua implementação e assim ser motivo de frustração de expectativas. Benefícios: Melhora na qualidade do atendimento prestado aos pacientes diabéticos com efetivação dos protocolos e fluxos de atendimento dos pacientes com diabetes mellitus e atualização das equipes da ESF nas diretrizes clínicas da condição crônica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto para ser apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Será utilizado de Pesquisa ação com o objetivo de desenvolver de forma participativa com profissionais e usuários uma proposta de atenção Integral a pessoas com diabetes mellitus para implementação de um programa que permita o resgate do seguimento e retomada dos cuidados a pessoas com Diabetes mellitus aplicável a uma unidade de atenção básica em um município de médio porte. O financiamento será próprio no valor de R\$ 100,00 (cem reais) referentes a despesas com papelaria.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

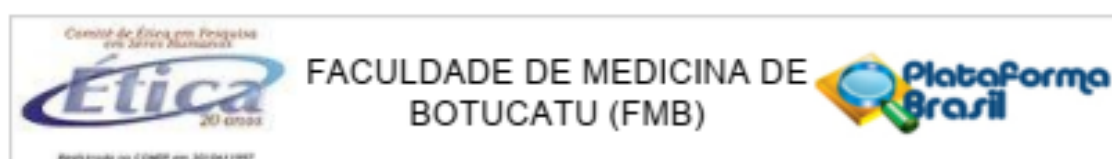
Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.259.774

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi anexado na PB de Anuência Institucional (HCFMB e EAP), folha de rosto, caderno brochura do projeto e dois TCLEs, sendo um destinado aos profissionais de saúde (colaboradores) que participarão do estudo e outro destinado aos usuários. Ambos são em forma de convite e explicitam o desconforto e riscos; há a garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes (e que não haverá custo ao participante da pesquisa), formas de indenização explicitar acerca do direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes formas de indenização da pesquisa.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, o PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO.

O projeto de pesquisa deverá ter início somente após aprovação deste CEP.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2128013.pdf	26/07/2023 20:36:18		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	25/07/2023 19:22:58	Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado	Aceito

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1609

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

	FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (FMB)	
---	--	---

Continuação do Parecer: 6.259.774

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_USUARIOS_COLABORADORES.pdf	25/07/2023 19:18:43	Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_institucional.pdf	25/07/2023 19:11:46	Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	19/05/2023 14:01:23	Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochuradopesquisador.pdf	09/05/2023 20:05:34	Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado	Aceito
Declaração de concordância	TermoDeAnuenciainstitucional.pdf	09/05/2023 19:45:59	Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 24 de Agosto de 2023

Assinado por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butgnoli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP Município: BOTUCATU	
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br