

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CLARISSA LEÃO CARDOSO

**AÇÕES ESTRATÉGICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
ORGANIZAR O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2013**

CLARISSA LEÃO CARDOSO

**AÇÕES ESTRATÉGICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
ORGANIZAR O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde
da Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção de título de
Especialista.**

**Orientadora: Prof^ª Msc Alessandra de Magalhães
Campos Garcia**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2013**

CLARISSA LEÃO CARDOSO

**AÇÕES ESTRATÉGICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
ORGANIZAR O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS**

Banca Examinadora

Prof^a Msc. Alessandra de Magalhães Campos Garcia – orientadora

Prof^a Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

A equipe nº 02 do Centro de Saúde Independência, em especial às auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, por ter me acolhido com tanto carinho e por ter me motivado sempre a tentar ser uma profissional melhor buscando sempre uma assistência de qualidade.

RESUMO

A população mundial vem passando por processo de envelhecimento com o consequente aumento do percentual de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), particularmente doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus (DM), que tem se tornado grande desafio para o sistema de saúde de todo o mundo. **Objetivo:** Relatar a experiência de reorganização do processo de trabalho, por meio de ações estratégicas da equipe de saúde da família (ESF) nº 02 do Centro de Saúde Independência (CSI), para organizar o acompanhamento e oferecer assistência de qualidade aos pacientes com DM. **Metodologia:** Levantamento do número de diabéticos cadastrados na ESF nº 02; leitura do protocolo de DM da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte pela ESF para alinhamento e elaboração do plano de ação; levantamento epidemiológico dos diabéticos da área de abrangência da ESF por meio de coleta e análise de dados; reestruturação das agendas programadas para atendimento aos diabéticos da área de abrangência da ESF com oferta de grupos operativos; consultas com equipe multidisciplinar e visitas domiciliares. **Conclusão:** A classificação dos usuários com DCNT, no caso usuários diabéticos, assim como a implantação de ações que visem a promoção e prevenção de agravos a saúde em decorrência dessa patologia, tornam-se relevantes à partir da concepção de que o processo de saúde-doença e seus reflexos individuais e coletivos nas vivências de cada usuário são determinantes para compreensão e adesão à terapêutica. O DM representa um problema de saúde pública em virtude de suas complicações agudas e crônicas. Há necessidade da realização de estudos que busquem descrever essa população e as estratégias utilizadas para acompanhá-la, com vistas a oferecer subsídios para o planejamento de ações que possam melhorar sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Equipe de saúde da família, Planejamento, Processo de trabalho, Atenção primária e Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The world population is going through the aging process with the consequent increase in the percentage of chronic degenerative diseases. Among these diseases DM, translates into major challenge for health systems worldwide. **Objective:** To report the experience of reorganization of the work process of an ESF to provide quality care to patients with Diabetes by reducing complications. **Methodology:** Survey the number diabetic patients enrolled in the FHS No. 02; reading DM protocol of the Municipality of Belo Horizonte by the ESF for alignment and preparation of action plan; epidemiological survey of diabetic area covered by the ESF through the collection and analysis data; restructuring agendas programmed to serve the diabetic area covered by the ESF to offer operative groups, consultations with a multidisciplinary team and home visits. **Conclusion:** The classification of users with chronic diseases, in case users diabetics, as well as the implementation of actions aimed at the promotion and disease prevention to health as a result of this condition, become relevant from the design of the process health care and its impact on individual and collective experiences of each user are crucial to understanding and adherence. The DM represents a public health problem because of its acute and chronic complications. There is a need for studies that seek to describe this population and the strategies used to accompany her, with a view to provide information for planning actions that will improve their quality of life.

Keywords: Family health team, Planning, Work process, Primary care and Diabetes mellitus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|-------------------------------------|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CSI | Centro de Saúde Independência |
| DCNT | Doenças Crônicas não transmissíveis |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| HAS | Hipertensão Artéria Sistêmica |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 12 |
| 3 OBJETIVOS..... | 13 |
| 4 REVISAO DE LITERATURA..... | 14 |
| 4.1. CONTEXTO HISTÓRICO | 14 |
| 4.2. ALIMENTAÇÃO e ATIVIDADE FÍSICA | 19 |
| 5 METODOLOGIA | 21 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 25 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 35 |
| | |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |
| APÊNDICES..... | 40 |

1 INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, observa-se que a população mundial vem passando por processo de envelhecimento com conseqüente aumento do percentual de doenças crônico-degenerativas ou doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2006a). O envelhecimento populacional é resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente à queda de fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006b).

As transições demográficas sofridas pela população mundial, no último século, no que se refere à alimentação, expectativa de vida e causas de morte redefiniram o perfil de suscetibilidade às doenças, ou seja, as mudanças socioeconômicas e culturais refletiram em maus hábitos alimentares, sedentarismo e conseqüente sobrepeso/obesidade (LIMA *et al.*, 2011). Esses fatores aliado ao envelhecimento da população aumentou a incidência de doenças crônicas degenerativas tais como a hipertensão e o Diabetes Mellitus.

Com isso, essas doenças passaram a ocupar lugar de destaque entre os problemas de saúde pública, visto que, seus portadores necessitam de acompanhamento contínuo e cuidadoso, caso contrário, podem evoluir para complicações crônicas decorrentes das doenças (LIMA, *et al.*, 2011). Essas complicações são, em sua maioria, graves e geram grande transtorno à sociedade em geral, não apenas pelo ônus financeiro de seu tratamento, mas também pela redução da qualidade de vida e produtividade dos indivíduos acometidos (BRASIL, 2006c).

No Brasil, a mortalidade por doenças crônicas aumentou significativamente, sendo considerada a principal causa de morte em vários estados (COTTA, *et al.*, 2009). Dentre as doenças crônicas com maior prevalência no Brasil, podemos destacar o câncer e as doenças cardiovasculares, sendo esta responsável pelo impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos observados no ano de 2002 (BRASIL, 2006a).

O Diabetes mellitus (DM) configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para o sistema de saúde de todo o mundo (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de

alcançar 350 milhões de pessoas em 2025 (BRASIL, 2006c). No Brasil eram cerca de seis milhões de portadores em 2006, com expectativa de se alcançar dez milhões em 2010 (BRASIL, 2006c). Estima-se que no Brasil 3.643.855 portadores de diabetes sejam usuários do SUS sendo que quase metade desconhece o diagnóstico e apenas 2/3 destes indivíduos estejam em acompanhamento nas unidades de atenção básica (BRASIL, 2006a). Segundo Cotta *et al.* (2009) o desconhecimento do diagnóstico é esperado pela história natural do Diabetes, que pode ser oligossintomática por vários anos.

Muitos usuários ao receberem o diagnóstico de diabetes, já apresentam alguma complicação crônica da doença como insuficiência renal crônica, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (COTTA *et al.* 2009). Assim o diagnóstico precoce da doença é fundamental para que o controle glicêmico seja atingido e a manifestação de complicações seja prevenida (SCHAN; HARZHEIM; GUS, 2004).

Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção do aparecimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e DM e suas complicações (BRASIL, 2006a). Estão bem estabelecidas as ações de saúde que devem ser implementadas para efetivo controle dos fatores de risco como o sobrepeso, hipertensão arterial, obesidade central, HDL elevado e sedentarismo, visando à prevenção da doença e de seus agravos (BRASIL, 2006a). O principal desafio é traduzir em ações concretas de cuidado integral a indivíduos e comunidades o conhecimento científico e os avanços tecnológicos hoje disponíveis e colocá-los no âmbito populacional ao alcance de um maior número possível de indivíduos (BRASIL, 2006c).

É importante registrar que a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem do Diabetes Mellitus exige (BRASIL, 2006a). As equipes de saúde da família podem, com ações comunitárias e individuais, informar a comunidade sobre como prevenir o diabetes, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica adequada, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e suas famílias, monitorar o controle da doença, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de

complexidade, buscando a melhoria da qualidade de vida dos portadores de diabetes (BELO HORIZONTE, 2010).

Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de reorganização do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família (ESF) para oferecer uma assistência de qualidade aos portadores de diabetes reduzindo complicações.

2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (FERREIRA; FERREIRA, 2009). O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo (BRASIL, 2006c).

É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir ou retardar o aparecimento do DM e suas complicações, neste contexto é importante que os sistemas de saúde se orientem para se adequarem aos “problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência que estão impulsionando a epidemia de DM, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade” (BRASIL, 2006c).

Para maximizar benefícios e minimizar riscos e custos, é preciso organizar estratégias específicas para diferentes perfis de risco, levando em conta a complexidade do DM e a disponibilidade das intervenções. Felizmente, há muito que pode ser feito na prevenção cardiovascular de menor custo e maior eficiência com o objetivo de prevenir e/ou retardar o seu aparecimento e suas complicações.

3 OBJETIVOS

GERAL

Relatar a experiência de reorganização do processo de trabalho, por meio de ações estratégicas da equipe de saúde da família (ESF) nº 02 do Centro de Saúde Independência (CSI), para organizar o acompanhamento e oferecer assistência de qualidade aos pacientes com Diabetes Mellitus.

ESPECÍFICOS

- Realizar o levantamento do número de usuários diabéticos cadastrados na ESF nº 02
- Elaborar o plano de ação para reorganizar a assistência aos diabéticos
- Realizar o levantamento epidemiológico dos usuários diabéticos da área de abrangência da ESF nº 02 do Centro de Saúde Independência (CSI)
- Elaborar, identificar e discutir com os profissionais da ESF nº02 do CSI, suas competências no atendimento ao usuário diabético
- Avaliar as ações adotadas

4 REVISAO DE LITERATURA

4.1 Contexto Histórico

Segundo Ferreira e Ferreira (2009) a crescente evolução tecnológica na assistência à saúde, bem como o crescimento do envelhecimento da população, maior urbanização, prevalência do sobrepeso/obesidade e o sedentarismo têm influenciado de maneira significativa o perfil nosológico da população brasileira. Observa-se, de um lado, que as possibilidades de maior intervenção sobre o meio ambiente contribuíram para reduzir as doenças infectocontagiosas, apesar de serem ainda, a quinta causa de mortalidade do país (BRASIL, 2006b). Por outro lado, as repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico nas condições de vida da população, têm levado ao aumento da expectativa de vida, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas (COTTA, *et. al*, 2009).

Projeções para as próximas décadas indicam um crescimento epidêmico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na maioria dos países em desenvolvimento, particularmente das doenças cardiovasculares e Diabetes tipo 2. Ao final de 2010, cerca de 25,8 milhões de crianças e adultos americanos possuíam Diabetes, sendo gastos 174 bilhões de dólares com diagnósticos, 116 bilhões com despesas médicas diretas e 58 bilhões em custos indiretos, devido a mortalidade prematura e amputações (MOGHISSI *et al.*, 2009; NATIONAL DIABETES FACT SHEET, 2010).

As DCNT relacionam-se às condições de vida, trabalho e consumo da população, “gerando atenções psicossociais e, conseqüentemente, o desgaste e a deterioração orgânico-funcional, com especial sobrecarga dos sistemas nervoso, endócrino e cardiovascular”. Neste contexto, um número cada vez maior de indivíduos com este padrão de afecções tende a compor a clientela dos serviços de saúde (BRASIL, 2008), totalizando, no ano de 2002, cerca de 69% dos gastos (BARRETO *et al.*, 2005, BARROS *et al.*, 2011). No Brasil, as DCNT constituem a principal causa de morte em adultos, com destaque para as doenças cardiovasculares, Diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, responsáveis pela maior parte das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar (MALTA *et al.*, 2011)

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica degenerativa, heterogênea, com distintos fenótipos, etiologias e determinantes multifatoriais e genéticos decorrentes da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos e caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (BATISTA *et al.*, 2005). Trata-se de doença complexa, tanto nos mecanismos fisiopatológicos quanto nos aspectos terapêuticos.

Há duas formas de classificar o DM que são baseadas na etiologia e na classificação em estágios de desenvolvimento (BRASIL, 2006c). Segundo a etiologia tem-se o Diabetes tipo I (DMTI), que ocorre geralmente devido a destruição de células beta do pâncreas, que leva a deficiência absoluta de insulina e tendência de cetoacidose e o Diabetes tipo 2 (DMTII). O DMTII corresponde a 90% dos casos e é decorrente de uma combinação da incapacidade das células para responder adequadamente à insulina (resistência à insulina), além da deficiência da secreção desse hormônio (ACSM, 2010; ADA, 2010; BRASIL, 2006c).

O tratamento dessa patologia busca a manutenção de melhores condições clínicas, considerando os níveis de glicemia, lipídeos e da pressão arterial, prevenindo ou retardando as complicações crônicas. Mudanças no estilo de vida, principalmente a prática regular de exercícios físicos aliada a uma dieta balanceada, ajudam no controle e prevenção do DMTII, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ACSM, 2010; ADA, 2010; COSTA *et al.*, 2011; OLIVEIRA, VALENTE e LEITE, 2010) além de combater as dislipidemias, a hipertensão arterial e auxiliar na perda da massa corporal (IDF, 2005; ACSM, 2010; COLBERG *et al.*, 2010; ACSM, 2010; OLIVEIRA, VALENTE e LEITE, 2010).

No estudo de Galindo (2010), o autor avaliou o controle clínico de 279 indivíduos hipertensos e diabéticos, acompanhados na atenção primária à saúde do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) do município de Arcoverde, Pernambuco. Foi verificado elevado risco cardiovascular em mais de 50% dos indivíduos, com alta prevalência de sobrepeso e obesidade. Apenas 15,8% apresentavam pressão arterial controlada, 12,3% dos pacientes diabéticos estavam com níveis glicêmicos aceitáveis e, somente 24% praticavam atividade física de forma regular, sendo que apenas 1% possuía controle clínico global considerado ideal.

Além disso, dados da Equipe de Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais, revelaram que, em relação à a qualidade de vida de 30 pacientes com diabetes com média de idade de 56 anos, 33,3% eram analfabetos, 56,7% tinham o 1º grau incompleto, apenas 26,7% possuíam uma percepção da saúde boa e, desses 50,0% apresentaram antecedentes de problemas cardiovasculares (MIRANZI *et al.*, 2008).

No estudo de Oliveira, Valente e Leite, (2010), constatou-se que o excesso de peso e a obesidade são fatores significativos para o desenvolvimento do DMTII. Portanto, os programas de saúde pública devem incluir medidas visando à prevenção da obesidade, já que ela é um fator de risco que pode ser alterado.

Segundo Batista *et al.*, (2005) o diabetes está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, como também de neuropatias. As consequências humanas, sociais e econômicas do DM são devastadoras: “são quatro milhões de morte por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total” (BRASIL, 2006c). Pode resultar em cegueira, insuficiência renal e amputações de membros (BATISTA *et al.*, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 1997 que, “após 15 anos da doença, 2% dos indivíduos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20% de nefropatia e 20 a 35% de neuropatia” (BRASIL, 2006c). Entre os anos de 2003 a 2008, observou-se que 40,6% da população brasileira com mais de 18 anos apresentou pelo menos uma condição crônica diagnosticada, sendo que, na comparação da prevalência dos diagnósticos, houve um aumento significativo de diabetes (37%), câncer (33%), cirrose (27%) e hipertensão (15%) (Standards of Medical Care in Diabetes, BARROS *et al.*, 2011).

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível (BRASIL, 2006c). Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros problemas associados à dor, ansiedade, inconveniência devido ao tratamento e menor qualidade de vida que afeta doentes e seus familiares. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de

produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BRASIL, 2006c). Tal patologia requer cuidados médicos contínuos e auto-gestão do paciente por meio do apoio e educação, a fim de evitar complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo. Os cuidados são amplos e abordam muitas questões que vão além do controle glicêmico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OLIVEIRA, VALENTE E LEITE, 2010; Standards of Medical Care in Diabetes, 2010).

Considerando a alta taxa de morbi-mortalidade, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública e pode ser efetuada na atenção primária, por meio de prevenção de fatores de risco como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária) (BRASIL, 2006c).

Ferreira e Ferreira (2009) relatam ainda que a prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver o DMTII e tem impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde quanto a de tratar as complicações da doença. Na rede pública de saúde, cerca de 80% dos casos de pacientes com DMTII podem ser atendidos predominantemente nos serviços de atenção básica, enquanto os casos de DMTI requerem maior participação de especialistas (atenção secundária ou terciária), devido à complexidade de seu acompanhamento (BRASIL, 2006c).

O acompanhamento do indivíduo na atenção primária requer uma equipe treinada com tarefas específicas, incluindo a coordenação do plano terapêutico e das referências e contra-referências dentro do sistema de saúde (BRASIL 2006c). Portanto, promover e avaliar o processo de promoção e prevenção aos agravos à saúde, requer o envolvimento dos profissionais e principalmente a participação dos usuários do serviço. Tal atitude resulta em reflexos positivos no que se refere a qualidade assistencial, pois serve como norteador das ações futuras, indica pontos positivos e os pontos que devem ser reformulados (BRASIL 2006c).

Visualizar o usuário como responsável pelo sucesso de seu processo terapêutico proporciona além da co-responsabilização do mesmo por sua saúde, o maior conhecimento

sobre sua patologia e sobre as maneiras de se melhorar a qualidade de vida individual e coletiva saúde (BRASIL 2006c).

4.2- Alimentação e Atividade Física

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), o tratamento do diabetes está fundamentado em três pilares: a educação, as modificações no estilo de vida e, se necessários, o uso de medicamentos. O indivíduo com diabetes deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis, por meio da manutenção de peso adequado, da prática regular de atividade física, da suspensão do tabagismo e do baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006a, COLBERG *et al.* 2010).

O indivíduo deve ser considerado em seu contexto geral, é importante que o mesmo esteja atento a sua condição de saúde, assim como o profissional deve estar ciente das condições sociais, culturais e das co-morbidades do mesmo, para que possam prescrever um plano de cuidados que poderá ser seguido pelo usuário devido a sua adequação a realidade.

Assim a investigação dos fatores relacionados a alimentação e prática de atividades físicas proporciona ao profissional a possibilidade de estabelecer uma abordagem mais ampla sobre as reais necessidades dos pacientes diabéticos. Entendendo os benefícios promovidos pela modificação dos hábitos de vida como parte da terapêutica dos usuários com diabetes, surge a necessidade de se estabelecer os indicadores de saúde referentes a essa prática (BRASIL, 2006a, COLBERG *et al.* 2010, JUBILINI *et al.*, 2012).

Colberg *et al.* (2010) recomendam que os indivíduos adotem práticas adequadas de atividade física durante toda a vida. Dessa maneira, a promoção de programas regulares de exercícios físicos é algo prioritário a todos os pacientes com diabetes, pois melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora significativamente a qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, JUBILINI *et al.*, 2012).

Vários estudos têm demonstrado os benefícios da prática regular de exercícios físicos no controle glicêmico e na composição corporal de indivíduos com DMTII. Programas de exercício físico estruturados promovem redução significativa do IMC (índice de massa corporal) e do percentual de gordura corporal a partir da 8ª semana de treinamento. Além disso, com o exercício físico ocorre a melhora do perfil metabólico, mesmo sem perda significativa de peso e o exercício físico ainda exerce efeitos anti-inflamatórios em pacientes

com DMTII (VANCKEA *et al.*, 2009; FORJAZ *et al.*, 1998; LEMOS *et al.*, 2011; COLBERG *et al.* 2010; JUBILINI *et al.*, 2012).

No estudo de Jubilini *et al.*, (2012) os autores avaliaram 84 pacientes do Ambulatório de Diabetes Tipo 2, com o objetivo de analisar hábitos de prática de atividade física, índice de massa corporal e parâmetros clínicos dessa população. Concluiu-se que 48,8% dos pacientes praticavam exercícios físicos regulares e, dentre esses, 56,5% estão em programas de atividades físicas com duração de 150 minutos ou mais, durante a semana, tendo a caminhada como modalidade mais escolhida (63,4%). Além disso, a média do IMC foi de $30 \pm 7,9$ Kg/m², 29,7% dos indivíduos obtiveram glicemia de jejum menor que 110 mg/dL, 7,1% apresentavam níveis de glicohemoglobina menor que 6,5% e 40,4% estavam com pressão arterial menor que 130/80 mmHg. Dentre todos os entrevistados, 78,3% e 27,3% dos pacientes possuíam alguma morbidade ou complicação associada ao diabetes tipo 2, respectivamente.

Embora os benefícios dos exercícios físicos sejam indiscutíveis no DMTII, esses também estão essencialmente relacionados a uma dieta balanceada e ao uso adequado de medicações. Assim, a partir de uma equipe multidisciplinar em saúde qualificada, comportamentos amplos devem ser integrados a rotina do paciente, promovendo-se um determinado nível de autocontrole e melhor adesão ao tratamento (VANCKEA *et al.*, 2009; FORJAZ *et al.*, 1998; LEMOS *et al.*, 2011; COLBERG *et al.* 2010; JUBILINI *et al.*, 2012).

4 METODOLOGIA

O conjunto de método, estratégias e procedimentos que estabelece o plano de ação geral, ordenado e integrado, considerado necessário para empreender o processo de melhoria da situação-problema. A criação de condição nova, ou de outros resultados que atendam às necessidades apontadas na análise da situação problema (LUCK, 2009).

Para tanto, foi utilizada a abordagem, por meio de entrevista/coleta de dados estruturadas, que permitiu a equipe de saúde traçar novas perspectivas e soluções para o atendimento aos usuários diabéticos. Foram considerados aspectos relacionados à consolidação de demanda organizada, corresponsabilização do usuário, participação familiar e capacitação profissional.

A fim de organizar as ações realizadas, as coletas de informações foram subdivididas em etapas de acordo com o processo de implantação do plano de ação, buscando detalhar as atividades e estabelecer os meios de abordagem, sistematização, implantação e avaliação do processo metodológico. As propostas de ações foram coletadas no Centro de Saúde Independência (CSI).

A ESF nº 02 pertence ao Centro de Saúde Independência (CSI), atende a população de 4261 usuários, faz parte da Regional Barreiro e está localizado na Rua Maria Antonieta Ferreira, 151, CEP 30.672.090, no Bairro Independência, município de Belo Horizonte/ Minas Gerais.

A Regional Barreiro faz parte da região sudoeste de Belo Horizonte e limita-se com os municípios de Contagem, Ibirité, Brumadinho e Nova Lima. É formada por cerca de 80 bairros, com aproximadamente 70 mil domicílios que abrigam 292 mil habitantes (Censo IBGE – 2010).

Seu funcionamento é 07:00hs às 19:00hs e conta com seis equipes de saúde da família compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde; três equipes de saúde bucal compostas por um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal. Conta também com atendimento de médicos de apoio compostos por: um pediatra, um ginecologista e um clínico geral.

1ª Etapa: Levantamento do número de usuários diabéticos cadastrados na ESF nº 02.

Foi realizado o levantamento do número de diabéticos cadastrados na área de abrangência da ESF nº 02 em que foram coletadas informações (1) busca ativa de todos os usuários que se auto referiam diabéticos, registrados pelas agentes comunitárias de saúde (ACS), (2) pacientes/usuários que utilizavam hipoglicemiantes orais e insulina nas listagens da farmácia, (3) dos pacientes que receberam o CID correspondente ao diagnóstico de Diabetes (CID E-10 e CID E-14) e/ou foram atendidos no módulo eletrônico do protocolo de Diabetes por meio da lista de atendimentos dos prontuários eletrônicos (SISREDE).

2ª Etapa: Leitura do Protocolo de Diabetes Mellitus da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2010) pela ESF nº 02 e elaboração do plano de ação para reorganizar a assistência aos diabéticos.

Foi realizada a leitura e estudo do Protocolo de Diabetes Mellitus da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte para orientar a ESF em relação ao trabalho articulado com a rede complementar e direcionamento para a utilização dos indicadores de aperfeiçoamento da assistência (BELO HORIZONTE, 2010).

3ª Etapa: Levantamento epidemiológico dos usuários diabéticos da área de abrangência da equipe de ESF nº 02 do CSI. Evento: Mutirão da Saúde: Diabetes Mellitus

A equipe realizou em parceria com as acadêmicas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (campus Betim e Coração Eucarístico), o evento intitulado: Mutirão da Saúde: Diabetes Mellitus (Apêndice I e II). O objetivo principal foi a orientação quanto a promoção e prevenção dos agravos à saúde dos usuários do Centro de Saúde compreendido na área de abrangência da ESF nº 02. Para tanto, foram estabelecidos previamente o fluxograma das atividades (Apêndice I).

Para a realização do evento Mutirão da Saúde: Diabetes Mellitus, foi definido primeiramente a data, horário e local para a realização das atividades. Os usuários foram convidados pelas ACS no período que antecedeu o evento, por meio de convite verbal e escrito.

No dia do evento, os usuários preencheram inicialmente o questionário semi-estruturado adaptado do Protocolo de Diabetes Mellitus da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, com questões quantitativas e qualitativas (Apêndice II), para estabelecer o perfil epidemiológico local. Além do questionário, o usuário recebeu panfleto informativo referente aos atendimentos e rotinas de atendimento da ESF nº 02. Todos os materiais foram elaborados e confeccionados pelos profissionais da equipe multidisciplinar juntamente com os professores e alunos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Após o preenchimento do questionário, os usuários eram encaminhados para assistirem o vídeo informativo sobre Diabetes Mellitus, com nove minutos de duração. Em seguida, os pacientes/usuários foram incentivados a responderem questões referentes a rotina de atendimento, e caso houvesse necessidade, eram fornecidos esclarecimentos necessários em caso de dúvidas. No terceiro momento os profissionais de saúde avaliaram os usuários, coletando dados referentes a glicemia capilar, pressão arterial (PA) em mmHg, massa corporal em quilogramas e a estatura em centímetros. Após a avaliação dos dados, os usuários foram direcionados para avaliação odontológica realizada pela equipe de saúde bucal (ESB) vinculada à ESF nº02. Ao final era oferecido lanche padronizado que continham frutas, para de incentivá-los a ingerir alimentos saudáveis e apresentar a melhor opção de lanche para os portadores do DM.

Em seguida, os usuários entregavam o questionário preenchido aos profissionais da equipe, e recebiam o material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, com informações sobre Diabetes Mellitus, Pé Diabético e Envelhecimento.

Após o evento proposto para classificação dos diabéticos, foram agendadas as consultas para os 49 pacientes que compareceram ao mutirão, conforme orientações do Protocolo de Diabetes Mellitus da Prefeitura de Belo Horizonte. Foi realizada a busca ativa dos demais pacientes que não puderam comparecer.

4ª Etapa: Elaborar, identificar e discutir com os profissionais da ESF nº02 do CSI, suas competências no atendimento ao usuário diabético, assim como as competências de cada membro da equipe multidisciplinar.

Após a consolidação dos dados, foi dado início as discussões com a equipe de saúde, sobre as atribuições de cada profissional no atendimento ao paciente diabético, tendo como

referência os dados coletados no evento: Mutirão da Saúde: Diabetes Mellitus e o material do Protocolo de Diabetes Mellitus da Prefeitura de Belo Horizonte, do ano de 2010. Em seguida foram estabelecidas e elencadas as ações com base nas observações e dados coletados.

5ª Etapa: Avaliação das ações adotadas, dos benefícios e dificuldades encontradas.

Entendendo que a avaliação das ações implantadas nas etapas anteriores do projeto é de extrema importância para a continuidade e elaboração de novas ações e metodologias, foi proposta ao final destas etapas, a avaliação a ser realizada pelos profissionais envolvidos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das etapas das ações realizadas estão descritas a seguir:

1ª Etapa: *Levantamento do número de usuários diabéticos cadastrados na ESF nº 02.*

Após o cruzamento dos dados, foram relacionados 117 pacientes com Diabetes. Foi verificado o prontuário eletrônico e os dados físicos de cada paciente e foram excluídos os usuários que morreram ou mudaram de residência. Após esta triagem, foram selecionados 115 pacientes/usuários que tiveram a confirmação do diagnóstico de Diabetes.

2ª Etapa: *Leitura do Protocolo de Diabetes Mellitus da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2010) pela ESF nº 02 e elaboração do plano de ação para reorganizar a assistência aos diabéticos.*

Após a leitura do Protocolo de Diabetes Mellitus da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, a equipe organizou o plano de ação para reestruturar a assistência aos usuários com Diabetes. Nesse plano foram contempladas ações de atendimento clínico individual a serem realizadas pela equipe e o atendimento multiprofissional compartilhado. Foram definidas as ações de educação permanente para os integrantes da ESF e para usuários e seus familiares por meio de grupos operativos.

3ª Etapa: *Levantamento epidemiológico dos usuários diabéticos da área de abrangência da equipe de ESF nº 02 do CSI, por meio de coleta de dados- Mutirão da Saúde: Diabetes Mellitus.*

O evento Mutirão da Saúde: Diabetes Mellitus, possibilitou estabelecer e consolidar os dados do perfil dos usuários atendidos pela equipe nº02, assim como identificar os principais focos para intervenção profissional, conforme dados obtidos.

De acordo com os dados coletados, dos 115 usuários esperados para o evento, somente 49 compareceram ao CSI, desse total, 43% eram do sexo masculino e 57% do sexo feminino. Ferreira e Ferreira (2009) e Lima *et al.* (2011) também mostram em seus trabalhos a predominância do sexo feminino, sendo justificada em virtude da maior procura das mulheres pelo sistema de saúde, da sua maior percepção a respeito do estado de saúde-doença e por apresentarem maior tendência ao autocuidado. Não foram identificados usuários com DMTI, no entanto, 90% foram classificados com DMTII, sendo a prevalência de 55% em mulheres e 35% em homens, caracterizada pela relativa deficiência de insulina e rara ocorrência de cetoacidose. Somente 10% dos usuários que compareceram ao evento não apresentaram DM. Esses dados vão de encontro aos apresentados por Brasil (2006c) que apontam que 90% dos casos de DM diagnosticados são do tipo II.

Considerando todos os usuários que participaram do evento e dos grupos operativos, independente do gênero, foram identificados 42% casos de Hipertensão Arterial mais Diabetes Mellitus, 35% apresentavam Hipertensão Arterial mais Diabetes Mellitus mais Dislipidemia, 7% Hipertensão Arterial mais Diabetes Mellitus mais Dislipidemia mais Obesidade, 2% Diabetes Mellitus mais Obesidade, 3% Hipertensão Arterial mais Dislipidemia, 3% Hipertensão Arterial mais Diabetes Mellitus mais Obesidade e 8% dos usuários não responderam a esta questão. A prevalência de HAS e DM associados nessa pesquisa encontrou dados diferentes dos encontrados por Lima *et al.* (2011) no qual apenas 31% da população estudada apresentou HAS e DM concomitantemente. A presença de HAS como doença associada ao DM pode aumentar o risco desses indivíduos apresentarem doenças cardiovasculares conforme destacado no estudo de Ferreira e Ferreira (2009) e observado no presente estudo.

Analisando os dados por faixa etária, observou-se que a maioria dos usuários, independente do gênero, encontravam-se entre a faixa etária acima dos 51 anos com 78% dos usuários, seguida da faixa etária de 35-50 anos com 20% dos usuários, e da faixa etária entre 26-35 anos com 2% dos usuários. Na faixa etária entre 18-25 anos não foi registrado nenhum usuário. Esses dados se aproximam do observado no estudo de Batista *et al.* (2005), onde 63,5% dos pacientes estudados encontravam-se na faixa etária de 50 a 69 anos.

Quanto a escolaridade observou-se entre os 49 usuários, 61% estudaram até a 4ª série, 21% até a 8ª série e 12% concluíram o ensino médio e 6% dos usuários não responderam a

esta questão. Nenhum usuário relatou ter cursado o ensino superior. Esses dados indicam a necessidade de se buscar alternativas didaticamente compreensíveis para informar e educar os usuários quanto sua condição de saúde. Barros *et al.* (2006) sugerem que o nível de escolaridade dos portadores de DM pode ser considerado baixo, indicando as desigualdades sociais na presença de condições crônicas. O conhecimento do nível de escolaridade desses indivíduos pode contribuir para o planejamento das atividades de educação no que se refere ao cuidado integral dos portadores de DM e de seus familiares, especialmente para poder ajudá-los a ter melhor qualidade de vida (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Outro fator identificado durante a análise dos dados refere-se a ocupação profissional, 31% dos entrevistados eram aposentados, o que corresponde a quinze usuários do total, 23% das entrevistadas se identificaram como trabalhadoras do lar, correspondendo a onze usuárias do total de pessoas entrevistadas e 12% relataram ser trabalhadoras domésticas, correspondente a seis usuárias. Também foram citados como atividades profissionais: auxiliar de Serviços Gerais (4%); Cozinheiro (4%); Metalúrgico (4%); Segurança/ Vigia (6%); Pedreiro/Servente (6%) e 10% dos usuários indicaram outros tipos de atividade profissional. O conhecimento do perfil ocupacional dos portadores de DM é semelhante ao encontrado por Batista *et al.* (2005) em que a maior concentração de mulheres utilizando o serviço de saúde pode sugerir maior facilidade de acesso aos serviços em função da divisão do trabalho.

Dos usuários entrevistados 92% faziam uso de algum tipo de medicação, enquanto 8% não faziam uso de nenhum tipo de medicamento. Considerando alta prevalência de usuários que faziam uso de algum medicamento, foram identificados as classes terapêuticas. Assim, 31% usavam Anti-hipertensivos/Cardiovasculares, 21% Anti-diabéticos orais, 13% Insulina NPH e/ou Regular, 10% AINES, 11% Hipolipemiantes e 11% faziam uso de outros tipos de medicamentos entre elas os anti-retrovirais, anti-psicóticos, anti-depressivos, anti-convulsivantes e iodoterapia. Dentre os medicamentos mais usados foram citados a Metformina, Enalapril, Hidroclorotiazida, Sinvastatina, AAS e o Captopril. Ressalta-se que no estudo de Batista *et al.* (2005) 10,4% dos pacientes utilizavam insulina, dados semelhantes ao encontrado na atual pesquisa.

Foi importante observar que dos 90% dos usuários que faziam uso de alguma medicação, 35% relataram algum tipo de efeito colateral enquanto 51% não relataram nenhum efeito e 14% não responderam. Os efeitos colaterais mais citados estão os associados ao uso

da Metformina, tais como: enjoos, vômitos e diarreia. Com relação ao uso da Insulina houve relato de tremores. Outros efeitos observados foram dor abdominal, incontinência urinária, sonolência, taquicardia, tonturas e fraquezas, porém esses efeitos colaterais não foram associados a um medicamento em específico. O conhecimento das medicações em uso pelo pacientes portadores de DM e dos efeitos colaterais apresentados é de extrema importância para que a ESF possa planejar o plano terapêutico e aumentar a adesão ao tratamento proposto, conforme observado em alguns estudos.

Perguntados sobre o acesso ao glicosímetro, 41% dos usuários relataram possuir o aparelho, 45% não o tem enquanto 14% não responderam. Com relação as dúvidas em como usar o glicosímetro, 20% informaram que não possuem dúvidas quanto ao uso do glicosímetro, 29% informaram que não sabem como usar o glicosímetro, 4% informaram que não fazem uso do aparelho e 47% não responderam essa questão. As informações sobre acesso ao glicosímetro e uso correto do aparelho devem ser de conhecimento das ESF, uma vez que a automonitorização glicêmica é considerada uma ferramenta importante para o controle do DM além de ser uma oportunidade para o paciente assumir o controle sobre sua própria saúde.

Em relação a aplicação da insulina, 33%, relataram aplicar a insulina somente na região do abdome, 17% no braço e abdome, 17% no braço, perna e abdome, 11% exclusivamente nos braços, 5% exclusivamente na perna, 6% exclusivamente no glúteo, 5% no braço e na perna e 6% não responderam. Dos usuários que realizavam a aplicação de insulina, seja nos braços, abdome, pernas ou glúteos, 78% relataram fazer rodízio entre os locais de aplicação, enquanto 22% não realizavam nenhum tipo de rodízio. O conhecimento desses dados é de grande importância para a orientação da ESF com relação ao autocuidado, pois o rodízio no local de aplicação da insulina previne a lipodistrofia e consequente descontrole glicêmico (BELO HORIZONTE, 2010).

Indagados sobre a realização de acompanhamento clínico no CSI para controle de alguma das patologias, 88% dos usuários informaram que realizavam controle de suas doenças, enquanto 12% não realizavam nenhum tipo de acompanhamento no CSI. Recomenda-se que haja um monitoramento contínuo dos pacientes com diabetes pela ESF, com o objetivo de prevenir complicações e hospitalizações e estimular a adesão ao tratamento (BELO HORIZONTE, 2010).

Sobre a data da última consulta oftalmológica, 59% dos usuários informaram que realizaram esse tipo de consulta há menos de um ano, 13% relataram que a última consulta oftalmológica havia sido a mais de dois anos, 12% há mais de três anos, 12% não se lembravam e 4% nunca realizaram consulta oftalmológica. É importante estabelecer juntamente com os pacientes estratégias de acompanhamento pois a retinopatia diabética é a principal forma de cegueira irreversível no Brasil, sendo assintomática nas suas fases iniciais, e que evolui ao longo do tempo, podendo acometer a maioria dos diabéticos após 20 anos de doença (BELO HORIZONTE, 2010). Além disso a presença de retinopatia é um marcador precoce de início de complicações microvasculares e do risco de comprometimento renal, dessa forma seu diagnóstico, monitoramento e rastreamento deve ser feito através do exame de mapeamento de retina feito por um oftalmologista a cada um ou dois anos (BRASIL, 2006c).

Indagados sobre a realização de algum tipo de dieta para controle glicêmico, 67% dos usuários, informaram que já haviam realizado algum tipo de mudança em sua rotina alimentar para controlar a glicemia, 29% dos usuários informaram que não fazem nenhum tipo de restrição e/ou substituição alimentar para controlar a glicemia e, 4% não responderam a esta questão. Esses dados são divergentes aos dados encontrados por Cotta *et al.* (2009) no qual 100% dos diabéticos relataram fazer algum tipo de dieta/evitar algum tipo de alimento.

Sobre as refeições realizadas diariamente por cada usuário, 53% responderam que se alimentavam no café da manhã, almoço, lanche da tarde e no jantar. Contudo, 12% responderam que realizavam suas refeições durante café da manhã, almoço e lanche da tarde, 13% alimentavam-se no café da manhã, almoço e jantar, 10% café da manhã, almoço, lanche da tarde e outro horário, 6% no café da manhã, almoço e outro, 4% almoço, lanche da tarde e jantar e, 2% se alimentavam no almoço e em outro horário do dia. Tais resultados estão de acordo com o estudo de Cotta *et al.* (2009), no qual a mediana de refeições realizadas diariamente pelos pacientes foi igual a três. O maior fracionamento de refeições constitui importante medida de prevenção e controle da dislipidemia e, conseqüentemente, de prevenção para doenças cardiovasculares.

Sobre o tipo de alimentação, os usuários foram perguntados sobre a frequência em que ingeriam alimentos com açúcar. Do total dos participantes, 35% informaram que ingeriam

alimentos com açúcar diariamente, 21% semanalmente, 20% mensalmente, 14% não consomem nenhum tipo de alimentação com açúcar e, 10% não responderam a esta questão.

Questionados sobre a frequência com que ingerem frutas, verduras e legumes, 76% informaram que ingeriam qualquer um desses alimentos diariamente, 20% consumiam frutas, verduras e legumes semanalmente, enquanto 2% informaram que comem esse tipo de alimentação mensalmente. Em estudo realizado por Malta *et al.* (2011), apenas 36,1% dos entrevistados relataram um consumo regular de frutas, verduras e legumes.

Os usuários entrevistados foram indagados sobre a regularidade com que participavam de programas de exercícios físicos, 43% informaram que realizavam atividade física regularmente. As atividades físicas mais citadas foram o *Lian Gong*, caminhada, alongamento, dança, ginástica, natação, hidroginástica e bicicleta. Dentre o total de usuários entrevistados, 57% informaram que não realizavam nenhum tipo de atividade física, justificando essa condição pela falta de tempo, preguiça, dificuldade de locomoção, orientação médica, dor e falta de equipamentos adequados. Esses resultados estão de acordo com o estudo de Ferreira e Ferreira (2009) no qual 47% dos portadores de DM praticavam atividade física.

Com o intuito de identificar o nível de satisfação dos usuários quanto a sua vida e ao seu estado de saúde, 84% responderam estarem satisfeitos com sua vida e 10% informaram não estarem satisfeitos com a própria vida, 4% responderam que estão relativamente satisfeitos e 2% não responderam. Sobre a percepção individual da sua condição de saúde, 65% dos usuários percebem seu estado de saúde como Bom, 23% indicaram como Ruim, 6% como Excelente, 4% Péssima e 2% não responderam.

Segundo Malta *et al.* (2011), a autoavaliação do estado de saúde vem sendo utilizada em vários estudos, sendo considerado método confiável, capaz de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. Os dados encontrados na pesquisa contradizem os dados encontrados no estudo de Malta *et al.* (2011) no qual apenas 3,8% dos indivíduos estudados consideraram seu estado de saúde como ruim e muito ruim. Alves e Rodrigues (2009) relatam que a autoavaliação do estado de saúde é importante indicador de mortalidade: pessoas com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte (por todas as causas) em comparação com as que relatam saúde excelente.

Além das informações sobre a percepção individual sobre as condições de vida assim como estado de saúde, os indivíduos entrevistados foram questionados sobre a condição de sono e repouso. De acordo com os resultados, é possível observar que 32 usuários (65%) relatam que haviam dormido bem nos últimos sete dias, dezesseis usuários (33%) responderam que não dormiram bem nos últimos sete dias e um não respondeu a essa questão. O estudo apresentado por Reichert; Loch e Capilheira (2012) mostrou que uma pior percepção da qualidade do sono pode estar associada a maior prevalência de percepção negativa de saúde.

Buscando identificar o perfil dos usuários relacionando-os ao consumo de drogas lícitas, os dados coletados possibilitaram identificar entre os usuários entrevistados, aqueles que tem por hábito o consumo de bebida alcoólica e os que fumam. O estudo de Malta et al. (2011) corrobora os dados do presente estudo, em que 17,6% dos entrevistados fazem uso de bebidas alcoólicas e tabaco, sendo maior entre homens e jovens. Os índices de usuários de ambas drogas foram semelhantes, visto que referente ao consumo de bebidas alcoólicas 14% dos usuários confirmaram consumir álcool, enquanto 86% dos entrevistados negaram o consumo do mesmo. Com relação ao consumo de tabaco 16% dos entrevistados informaram fazer uso desta droga, enquanto 84% negaram.

Os usuários foram perguntados também quanto ao seu interesse em participar de grupos operativos sobre o tema Diabetes Mellitus, 87% dos usuários responderam que tem interesse em participar, enquanto 13% manifestaram-se desfavoráveis ao convite. Os usuários que mostraram interesse em participarem deveriam apresentar sugestões de temas, objeto e/ou dúvidas. As principais sugestões relacionavam aos assuntos referentes ao Diabetes e hipertensão arterial com a abordagem de sub-temas como a alimentação, sinais e sintomas, tratamento da doença, controle glicêmico, uso do glicosímetro, aplicação da insulina, hiper e hipoglicemia, pé diabético, atividade física e medicamentos; outros assuntos também foram indicados como de interesse, tais como envelhecimento, circulação de membros inferiores e sobre a importância de cuidar da saúde.

Quanto ao melhor dia para a realização dos grupos operativos, 21% dos usuários indicaram o sábado, 15% às quartas-feiras, 10% segunda-feira, 10% sábado, 6% indicaram o período de segunda à sexta-feira, 6% indicaram somente a sexta-feira, 4% indicaram segunda-feira, quarta e sexta-feira, 6% indicaram somente a quinta-feira, 4% indicaram somente a terça-

feira e 10% não responderam essa questão. Perguntados sobre o melhor horário para a realização dos grupos operativos, 53% dos usuários preferem o início da manhã, 19% o final da tarde, 10% início da tarde, 6% tanto o início ou final da manhã ou no período da tarde são horários favoráveis, 4% relataram preferir o final da manhã, 2% indicaram outros horários e 6% dos usuários não responderam a esta questão.

4ª Etapa: Elaborar, identificar e discutir com os profissionais da ESF nº02 do CSI, suas competências no atendimento ao usuário diabético, assim como as competências de cada membro da equipe multidisciplinar e ações adotadas.

Após as reuniões, cada profissional recebeu o encarte com as informações do atendimento e suas atribuições profissionais que estão apresentadas no Apêndice IV.

A partir do entendimento das atribuições de cada profissional no atendimento ao usuário diabético, foram identificadas pela ESF nº 02 quais ações poderiam ser aplicadas no contexto do CSI, a fim de se estabelecer o calendário de ações. Neste calendário foram propostas além das consultas programadas, a serem implantadas pelos grupos operativos, as caminhadas e eventos para os usuários e seus familiares, além de mesas redondas para discussão dos estudos de casos.

Estabelecido o calendário de ações, foram definidos os espaços físicos e murais da unidade para que os usuários tenham acesso constante a materiais informativos (cartilhas, folders e panfletos), além da exposição de cartazes do Ministério da Saúde e informações gerais.

Considerando os parâmetros de acompanhamento mínimo definidos pelo Protocolo de Diabetes Mellitus da PBH a agenda programada, estabelecida anteriormente, da ESF nº02 foi reestruturada. Foi elaborada tabela em programa Excel[®] para controle e acompanhamento da marcação de consultas. As consultas médicas e de enfermagem e os retornos foram agendados conforme o protocolo estabelecido pela SMSA da PBH e ficou padronizado: cada dois meses para usuários com diabetes tipo I e a cada três meses para os usuários com diabetes tipo II. As consultas médicas eram alternadas com as consultas da enfermagem. Também foram oferecidas consultas compartilhadas com o farmacêutico com o objetivo de garantir

assistência farmacêutica de qualidade a fim de aumentar a adesão dos usuários aos tratamentos propostos.

Foi detectado grande número de pacientes que não compareciam as consultas. Para a realização desta ação foi fundamental o trabalho dos ACS, que foram informados pela enfermeira e médico sobre o absenteísmo dos usuários em relação às consultas agendadas. Munidos desta informação os agentes realizaram busca ativa destes pacientes, indagando os motivos da ausência e, orientando sobre a importância do comparecimento às consultas. Os pacientes eram informados sobre o prejuízo das faltas no que se refere ao controle glicêmico, além de deixar a equipe esperando com prejuízos significativos para outros usuários que poderiam se beneficiar das consultas.

Uma das ações observadas foi referente à importância de fortalecer as visitas domiciliares. Durante essas visitas, os profissionais da ESF e os ACS deverão promover a saúde em casa. Os profissionais deverão também estabelecer diálogos com usuários e seus familiares, com a finalidade de promover esclarecimentos e informações sobre o diabetes, e promover o empoderamento no seu processo terapêutico. Dessa forma serão organizadas agendas de visitas domiciliares priorizando os usuários com dificuldade de acesso aos CSI.

Por outro lado as famílias cujos pacientes diabéticos não compareceram aos eventos e principalmente às consultas agendadas poderão ser responsabilizadas. A inserção familiar é de fundamental importância no processo de tratamento não medicamentoso, assim como na adesão do paciente ao mesmo, conforme observado em outros estudos. Os familiares poderão ser convocados ao CSI para acompanhar as consultas, eventos e palestras, a fim de estimular a participação do usuário nas mudanças de hábitos de vida com inclusão de exercícios físicos e hábitos alimentares saudáveis, assim como no controle do processo terapêutico junto ao CSI. Essa ação poderá ser realizada de maneira coletiva ou individual, dependendo do número de usuários enquadrados nesse perfil.

5ª Etapa: Avaliação das ações adotadas, dos benefícios e dificuldades encontradas.

Após as discussões dos casos de maior complexidade observados durante as reuniões da equipe foram estabelecidos: realização de auditoria clínica para avaliar o impacto das ações desenvolvidas no controle do diabetes e de suas complicações, além de avaliar quais alterações na operacionalização e no atendimento poderiam promover maior qualidade no atendimento e melhor adesão ao tratamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração e implantação de estratégias de classificação, controle e acompanhamento por parte das equipes de saúde a usuários diabéticos, para além das melhorias na qualidade assistencial prestada, promove o aprimoramento profissional nos diversos níveis. Estreitar os laços entre profissional de saúde, paciente e comunidade, proporciona maiores esclarecimentos sobre o diabetes mellitus trabalhando a autoconfiança do indivíduo promovendo a corresponsabilização e o autocuidado.

Considerar o indivíduo como um ser único e cheio de singularidades, pressupõem a concepção básica de saúde como o completo bem estar físico, mental e social, além de garantir-lhe seu direito constitucional preconizados pelo Sistema Único de Saúde ao acesso aos serviços de saúde, atenção integral e humanizada a saúde.

O Centro de Saúde deve ser a porta de entrada do paciente com doenças crônicas para o sistema de saúde, e tem como atribuições garantir o acesso e o vínculo, responsabilizando-se pelo monitoramento dos pacientes dentro de sua área de abrangência, de forma qualificada e humanizada.

Atualmente o Centro de Saúde Independência atende grande demanda espontânea de pacientes crônicos, em especial diabéticos, que sobrecarregam o acolhimento com questões que poderiam ser previamente discutidas, esclarecidas e abordadas em consultas agendadas e grupos operativos. O desconhecimento dos programas voltados para a melhoria e manutenção da qualidade de vida desses usuários interfere diretamente na terapêutica dessa patologia, assim como promove menor adesão ao tratamento.

Nesse contexto, a classificação dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, no caso usuários diabéticos, assim como a implantação de ações que visem a promoção e prevenção de agravos a saúde em decorrência dessa patologia, tornam-se relevantes à partir da concepção de que o processo de saúde-doença e seus reflexos individuais e coletivos nas vivências de cada usuário são determinantes para compreensão e adesão à terapêutica. Além desse aspecto a corresponsabilização familiar nesse processo propicia mudanças a longo prazo na dinâmica individual, social e cultural do indivíduo.

Para tanto, o processo de educação permanente dos profissionais direta ou indiretamente envolvidos no atendimento à esses usuários e seus familiares associado a

compreensão de suas atribuições e a adequações físico-estruturais no centro de saúde, pressupõe melhorias na qualidade assistencial prestada, através de novas metodologias e recursos adaptados a realidade local.

A realização do evento Mutirão da Saúde: Diabetes Mellitus permitiu a identificação dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, em especial o Diabetes Mellitus, assistidos pelos profissionais de saúde. Os dados coletados nortearão ações assistenciais voltadas para otimização do processo de trabalho visando à melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Para além dos dados coletados, o mutirão proporcionou maior interação entre usuários e profissionais do centro de saúde, por meio do empoderamento dos indivíduos com relação a sua condição de saúde. A compreensão do serviço de saúde como instrumento de transformação e mobilização social, contribui significativamente no controle desse problema de saúde pública que se tornou o Diabetes Mellitus. A iniciativa corroborou com as ações realizadas em prol da saúde da população e essas exercem grande visibilidade social e fornecem credibilidade as demais ações oriundas desse processo.

Deve-se destacar que, tendo como base as informações coletadas sobre os usuários, a ESF nº 02 do CSI reestruturou os atendimentos e iniciou os atendimentos individualizados voltados para mudanças nos hábitos de vida, adesão ao tratamento proposto e redução de complicações.

Embora os dados levantados pela ESF nº 02 do CSI se refira a apenas uma ESF, eles podem representar um retrato da maioria das equipes de outros municípios, e a experiência aqui relatada pode contribuir para a organização do processo de trabalho.

Dessa forma há necessidade da realização de estudos que busquem descrever essa população e as estratégias utilizadas para acompanhá-la, com vistas a oferecer subsídios para o planejamento de ações que possam melhorar a qualidade destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição: traduzido por Giuseppe Taranto** – Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, 2010; 33 (1)

ALVES, L. S.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. de Salud Publica**, p.333-341, 2005.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 911-928, 2006.

BARROS MBA, FRANCISCO PMSB, ZANCHETTA LM, CÉSAR CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**; 16(9), p.3755-3768, 2011.

BARRETO SM, et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação,Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; 14(1): p. 41 – 68, 2005.

BATISTA, M. C. R. *et al.* Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Revista de Nutrição**, Campinas, p.219-228, mar./abr., 2005.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Protocolo de Diabetes Mellitus**. Belo Horizonte, 2010.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – **Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência**. Brasília, 2008.

COLBERG et al. Exercise and Type 2 Diabetes The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. **Diabetes Care**, 2010; 33: 2692-2696.

COSTA, J.A.; BALGA, R.S.M.; ALFENAS, R.C.G.; COTTA, R.M.M. Promoção da saúde e Diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; 16(3), p.2001-2009, 2011.

COTTA, R. M. M. *et al.* Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Revista de Nutrição**, Campinas, p. 823-835, nov./dez., 2009.

FERREIRA, L. R. A.; FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HIPERDIA. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. 2009.

FORJAZ, C.L.M.; TUNUCCI, T.; ALONSO, D.O.; NEGRÃO, C.E. Exercício físico e diabete. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, 1998; 8(5): 981-90.

GALINDO, AJA. **Avaliação do controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastrados em programa de acompanhamento da atenção básica, no município de Arcoverde, Pernambuco**. Dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, 2010.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Global Guideline for Type 2 Diabetes. 2005

JUBILINI, D.C. ; GARCIA, A. M. C. ; DUTRA, D. ; BOSCO A.A . Hábitos de Atividades Físicas, Índice de Massa Corporal e Parâmetros Clínicos em Pacientes com Diabetes Tipo 2. **Revista Mineira de Educação Física (UFV)**, v. 1, p. 1891-1901, 2012.

LEMOS, E.T.; NUNES, S.; TEIXEIRA, F.; REIS, F. Regular physical exercise training assists in preventing type 2 Diabetes development: focus on its antioxidant and anti-inflammatory properties. **Cardiovascular Diabetology**, 2011.

LIMA, L. M. *et al.* Perfil dos usuários do HIPERDIA de três Unidades Básicas de Saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), p. 323-329, jun., 2009.

LUCK, H. **Metodologia de projetos: uma ferramenta de planejamento e gestão**. 7 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados obtidos do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 2011-2022, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006.

MIRANZI SSC, FERREIRA FS, IWAMOTO HH, PEREIRA GA, MIRANZI MAS. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**; 17(4), p.672-9, 2008.

MOGHISSI, ES *et al.* American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association Consensus Statement on Inpatient Glycemic Control. **Diabetes Care**; 32(6), 2009.

NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. Data Sources, Methods, and References for Estimates of Diabetes and PreDiabetes. National Diabetes Fact Sheet, 2011.

OLIVEIRA, A.F.; VALENTE, J.G.; LEITE, I.C. Fração da carga global do Diabetes mellitus atribuível ao excesso de peso e à obesidade no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 27(5), 2010.

REICHERT, F.F.; LOCH, M.R.; CAPILHEIRA, M.F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 3353-3362, 2012.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol.**, 83(5):424-33, 2004.

VANCEA DMM, VANCEA JN, PIRES MIF, REIS MA, MOURA RB, DIB SA. Efeito da Frequência do Exercício Físico no Controle Glicêmico e Composição Corporal de Diabéticos Tipo 2. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**; 92(1); p. 23-30, 2009.

APÊNDICES

Apêndice I

PROJETO DE AÇÃO EDUCACIONAL

1. Identificação do Projeto

- 1.1. Título do Projeto: Mutirão de Promoção de Saúde à Pacientes Diabéticos – 2011
- 1.2. Público Alvo:
 - Pacientes diabéticos atendidos no Centro de Saúde Independência
 - Comunidade
- 1.3. Data prevista para implantação: 16 Abril de 2011.

2. Identificação dos responsáveis

- 2.1. Equipe de Educação em Saúde
 - 2.1.1. Responsável (is): Enfermeira Clarissa, Dr. Alberto, Farmacêutico Daniel, Acadêmicas PUC

4. Descrição do Projeto

4.1. Justificativa: Trata-se de um mutirão realizado pelos profissionais de saúde do Centro de Saúde Independência, a fim de promover um momento junto a comunidade e pacientes portadores de DM, onde serão discutidos os temas relacionados as doenças e esclarecidas as dúvidas, além de promover a classificação dos usuários. Pretende-se com a execução desta ação educacional promover reflexos positivos no que diz respeito à demanda espontânea atendida no acolhimento e a promoção da co-responsabilização dos usuários no que se refere ao tratamento não medicamentoso destas patologias, assim como a maior participação destes nos grupos operativos propostos pelo centro de saúde.

4.1.1. Objetivo geral: Promover ação educativa em grande escala voltadas para o usuário do serviço de saúde, portador de DM.

4.1.2. Objetivos específicos:

- Identificar as principais dividas dos usuários com relação a DM;
- Promover maiores esclarecimentos sobre DM;
- Classificar o maior número de usuários portadores de DM;
- Nortear a construção de propostas de ações práticas pelas Equipes Multidisciplinares baseados nos dados levantados.
- Fortalecer os vínculos da população com os profissionais de saúde;

5. Perfil dos participantes

5.1. Docentes:

- Equipes multidisciplinares de Saúde.

5.2. Alunos:

- Usuários dos serviços de saúde portadores de DM, atendidos no CSI;
- Comunidade

6. Ação educacional

6.1. Local de realização:

| Turmas | Data do Curso |
|--------|---------------------|
| 01 | 16 de Abril de 2011 |

6.2 . Período de realização (previsão):

6.3.1. Início: 16/04/2011

6.3.2. Término: 16/04/2011

6.4. Horário: 07hs às 12hs.

6.5. Carga horária total: 5 horas

6.6. Número de Participantes: 150 / por turma

6.7. Número de Turmas: 01 turma

6.8. Data prevista:

| Turmas | Data do Curso | Número de Participantes | Carga Horária |
|--------|---------------|-------------------------|---------------|
| 01 | Abril | 150 | 5 horas/aula |

7. Proposta Metodológica

O curso será desenvolvido a partir de 01 mutirão com duração de um dia, com carga horária de 06 horas, contendo:

- a) Aula teórica: apresentação de slides, discussões, apresentações áudios-visuais e reflexão de casos clínicos enfocando nos pacientes portadores de DM, com carga horária total de 01 hora e 30min.
- b) Dispersão: realização da classificação dos usuários do Centro de Saúde, com carga horária total de 02 horas.
- c) Lanche: intervalo entre as ações para que os participantes possam lanche, com período estimado em 30min.

8. Conteúdo Programático

- Abordagem aos temas DM;
- Discussão de casos clínicos;
- Classificação dos usuários.

9. Formas de Avaliação

- Avaliação do processo: Nível de Satisfação dos participantes para fins pedagógicos. Através de questionário semi-estruturado, a ser aplicado no dia da ação.

10. Resultados esperados

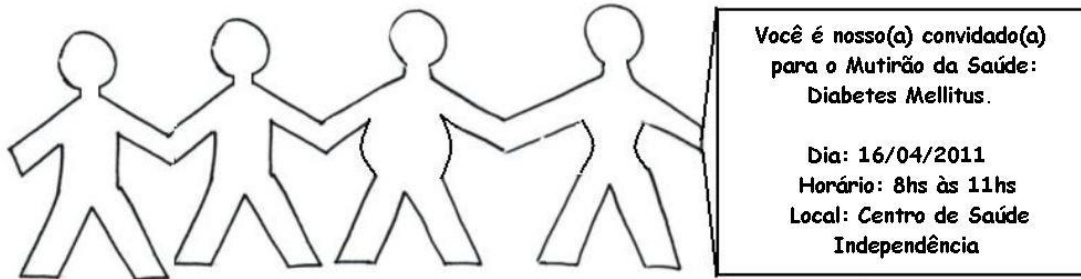
- Aquisição de novos repertórios de comportamento nas equipes de saúde para lidar com ações práticas de assistência e promoção de saúde ao portador de DM;
- Ampliação dos conhecimentos da comunidade a respeito das patologias abordadas;
- Promoção da co-responsabilização do usuário e comunidade no que se refere ao tratamento da DM;
- Implantação e implementação de ações práticas de Redução de Danos referente à DM .

11. Operacionalização

| RECURSOS NECESSÁRIOS | | | |
|---------------------------------|------------|---|--------------------------|
| Itens | Quantidade | Valor Unitário (R\$) | Valor Total (R\$) |
| Material de Consumo | | | |
| Folhas de papel A4 | 1000 | 0,03 | 30,00 |
| Tinta de Impressora Preta | - | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Folder, panfletos e cartazes. | 1000 | Solicitados à Secretaria Municipal de Saúde | Distribuição gratuita |
| Balança | 3 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Esfigmomanômetro | 5 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Estetoscópio | 5 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Glicosímetro | 5 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Fita reagente para glicosímetro | 150 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Equipamentos | | | |
| Computador | 01 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Data – Show | 01 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Recursos Humanos | | | |
| Médicos | 1 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Enfermeiros | 1 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |
| Acadêmicos de Enfermagem | 5 | Disponibilizado pela PUC | Disponibilizado pela PUC |
| Auxiliar de Enfermagem / ACS's | 5 | Disponibilizado pelo CSI | Disponibilizado pelo CSI |

12. Encartes

Convite:



APÊNDICE II

Questionário:

CENTRO DE SAÚDE INDEPENDÊNCIA (C. S. I) - EQUIPE 02

Questionário do Grupo Operativo de usuários Diabéticos *Data: 16/04/2011*

1. Nome do usuário: _____
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Idade: 18-25 anos 26-35 anos 35-50 anos acima de 51 anos
4. Tempo de estudo: até 4ª série até a 8ª série Ensino médio Ensino superior
5. Qual sua profissão? _____
6. Você está satisfeito com sua vida? Sim Não
7. Como você percebe sua condição de saúde? Excelente Boa Ruim Péssima
8. Você tem dormido bem nos últimos 7 dias? Sim Não
9. É portador de: HAS Diabetes Dislipidemia Obesidade
10. Faz uso de bebida alcoólica? Sim Não Com qual frequência _____
11. É tabagista? Sim Não. Se sim, em média quantos cigarros por dia você consome? _____
12. Faz alguma consulta na C.S.I para acompanhar essas doenças? Sim Não
13. Data da última consulta oftalmológica: _____
14. Faz uso de algum medicamento? Sim Não. Faz uso de insulina? Sim Não
Se, sim qual e em que horário? (Segundo informações colhidas)

| Medicamentos: | Horário: | Insulina: | Horário: |
|---------------|----------|-----------|----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

15. Se faz uso de insulina, quantas vezes utiliza a mesma agulha? 1x 2x 3 4 mais de 5x
16. Qual (is) local (is) você aplica insulina? Braço Perna Abdome. Faz rodízio nos locais de aplicação? Sim Não
17. Onde você descarta as agulhas? lixo comum garrafa pet leva pra U.B.S outros _____
18. Sente alguma alteração ao ingerir os medicamentos que você faz uso? Sim Não.
Se sim, qual? _____
19. Você sabe a finalidade de cada medicamento que você usa? Sim Não
20. Você possui o aparelho de glicosímetro? Sim Não
Se sim, tem alguma dúvida para usá-lo? Sim Não
Qual? _____
21. Quantas vezes realiza glicemia capilar por semana? 1 2 3 4 5 6 Não realiza
22. Realiza alguma atividade física? Sim Não

Se sim, qual atividade, quantas vezes por semana e a duração de cada atividade?

Tipo de atividade:

Quantidade por semana:

Duração:

Se não realiza atividade física, qual é o motivo?

23. Você dedica algum momento da sua rotina para atividade de lazer?

Sim Não.

Qual? _____

24. Quais refeições você realiza durante o dia?

Café da manhã Almoço Lanche da tarde Jantar

Outros _____

25. Qual o intervalo que você faz entre as refeições:

menos de 3 horas 3 horas 4 horas 5 horas ou mais não tem intervalo

26. Com qual frequência você ingere:

- Alimentos com açúcar diariamente semanalmente mensalmente
- Frutas, verduras e legumes diariamente semanalmente mensalmente
- Suco artificial diariamente semanalmente mensalmente

27. Quantas latas de óleo são consumidas por mês na sua família? _____

28. Você faz dieta para controlar a glicemia? Sim Não.

29. Você dirige? Sim Não. Já recebeu alguma orientação sobre a influência que sua doença tem ao dirigir? Sim Não

30. Você tem interesse de participar de grupo operativo de Diabetes? Sim Não

31. Qual o dia da semana é melhor para você participar do grupo operativo?

Segunda Terça Quarta Quinta Sexta Sábado

32. Qual o horário é melhor para você participar do grupo?

Início da manhã Início da tarde
 Final da manhã Final da tarde

33. Qual o assunto/tema/informações você gostaria de saber mais e que poderia se discutido nos grupos?

Dados: PA: _____ Glicemia: _____ Peso: _____ Altura: _____

Observações da equipe de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Consinto em participar deste estudo e autorizo a divulgação dos dados coletados. Declaro ter recebido todo o esclarecimento da finalidade do mesmo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, minha identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidos todos os dados que permitirão identificar-me.

 Assinatura do participante

 Assinatura do aplicador

APÊNDICE III

Informativo:



Orientações Básicas:

- ❖ Componentes da equipe 02:
 - Médico: Dr. Alberto
 - Enfermeira: Clarissa
 - Auxiliar de Enfermagem: Valéria e Verônica
 - Agentes Comunitários de Saúde: Fernanda, Denise, Mary, Angela Maria, Viviane.



- ❖ Acolhimento: Realizado diariamente de 07 às 15h.

Rotina de acompanhamento dos diabéticos da Equipe 02:

- Grupos Operativos: Realizado toda 5ª feira, de 08h30min às 10h;
- Consultas médicas: 2 consultas no ano;
- Consultas de Enfermagem: 2 consultas no ano;
- Visitas domiciliares com as Agentes Comunitárias de Saúde: 1 visita por mês.

❖ Exames:

- ECG: 1 Exame ao ano;
- Glicemia de jejum, glicohemoglobina, colesterol, triglicérides, uréia, creatitina, ácido úrico, urina rotina: 1 vez ao ano.

- ❖ Avaliação oftalmológica: 1 vez ao ano.

- ❖ **OBSERVAÇÃO:** As receitas dos medicamentos em uso apenas serão trocadas mediante marcação de consultas, não sendo realizado a troca no Grupo Operativo.



Grupos Operativos



Troca de
Receita
Médica



Apêndice IV

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE

Caderno de Atribuições ESF



COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E TRABALHO EM EQUIPE EM DIABETES

Devemos estar cientes que trabalhar em equipe vai além de agregar profissionais de diferentes áreas. Só existe equipe quando todos compartilham objetivos, estão cientes da necessidade de alcançá-los e desenvolvem uma visão crítica a respeito do desempenho de cada um e do grupo. O trabalho em equipe pressupõe organização e planejamento das ações, preservando o que é específico de cada profissional e o que é comum aos seus membros sem estabelecimento de relações de hierarquia.

ACOMPANHAMENTO DO DIABÉTICO NO CENTRO DE SAÚDE

Recomenda-se que haja um monitoramento contínuo dos pacientes com Diabetes pela equipe de saúde, com o objetivo de prevenir complicações e hospitalizações e estimular a adesão ao tratamento. Os parâmetros recomendados visam garantir que os pacientes realizem avaliações periódicas mínimas (incluindo

avaliações clínicas e rotinas laboratoriais), embora o mínimo não seja necessariamente o ideal para cada caso específico.

Os intervalos entre as consultas são inicialmente (logo após o diagnóstico) determinados pelo nível de glicemia e condição clínica do paciente. Após atingido o alvo da glicemia, segundo as metas¹, os pacientes devem ter suas consultas de retorno programadas, visando seu acompanhamento adequado.

Os pacientes com baixa adesão devem ter seus retornos e ações educativas programados individualmente, de acordo com o necessário para produzir, sempre que possível e de acordo com a avaliação da equipe, a adesão adequada. Sugere-se que as consultas entre médicos e enfermeiros sejam, sempre que possível,

¹ *As metas glicêmicas recomendadas variam entre as diversas Sociedades e Associações de Diabetes, mas geralmente são: GJ entre 70 e 110 mg/dl, Glicemia 2h pós-prandial entre 70 e 140 mg/dl e HbA1c < 7%, sendo que as glicemias capilares podem ser 10 a 15% maiores do que as glicemias plasmáticas, dependendo do glicosímetro utilizado. As metas glicêmicas recomendadas devem ser individualizadas, e alguns pacientes, como crianças, idosos, aqueles que já apresentaram hipoglicemias graves ou freqüentes, merecem atenção especial. Grávidas são um grupo à parte e suas metas glicêmicas devem ser mais rígidas: GJ < 95 mg/dl (capilar < 105 mg/dl), Glicemia 2h pós-prandial < 120 mg/dl (capilar < 130 mg/dl) e HbA1c < 6%.*

intercaladas de acordo com a periodicidade mínima apresentada em tabela a seguir. Lembramos que os profissionais atendentes (generalista, enfermeiro, médico de apoio) devem usufruir do fato de trabalharem em equipe para solicitarem interconsultas ou atendimento conjunto quando julgarem necessário.

Em relação aos exames complementares do diabético, não há uma regra específica quanto à sua periodicidade. Sugerimos solicitação mínima das rotinas segundo tabela adiante, mas ressaltamos que o acompanhamento deve ser individualizado, de acordo com as co-morbidades, lesões de órgãos alvo e fatores de risco associados. Além do mais, nos casos de intercorrências, devem ser solicitados os exames pertinentes para auxiliar o diagnóstico e o tratamento, independente das rotinas apresentadas.

Os exames selecionados como possíveis de serem solicitados pelo enfermeiro, segundo esse protocolo, devem ser interpretados na próxima consulta, seja ela de enfermagem ou médica. Havendo necessidade, segundo avaliação do enfermeiro, o caso deve ser repassado ao médico respeitando a prioridade de cada situação.

As interconsultas e/ou acompanhamento prolongado com médico de apoio e endocrinologia não serão contemplados nesse

tópico. Os encaminhamentos devem ser realizados de acordo com a necessidade clínica.

Com relação às ações coletivas, o número de encontros programados variará de acordo com o formato da ação implementada pela ESF. A tabela a seguir contempla o acompanhamento mínimo do diabético controlado, com boa adesão ao tratamento, sem levar em conta possíveis intercorrências clínicas que demandariam consultas, solicitação de exames ou outras abordagens adicionais.

Rotinas para acompanhamento no centro de saúde

| Procedimentos previstos | Usuários de insulina | Não usuários de insulina |
|---|----------------------|--------------------------|
| Consulta médica | 3 cons/ano | 2 cons/ano |
| Consulta de Enfermagem | 3 cons/ano | 2 cons/ano |
| Ações coletivas | 2 ciclos/ano | 2 ciclos/ano |
| Visita domiciliar ACS | 1 visita/mês | 1 visita/mês |
| Aferições de PA, IMC, CA e glicemia capilar pela enfermagem (aux/técnico) | Quando solicitado | Quando solicitado |
| ECG | 1 vez/ano | 1 vez/ano |
| Glicemia plasmática | 4 vezes/ano | 4 vezes/ano |
| Hemoglobina glicada | 3 vezes/ano | 3 vezes/ano |
| Colesterol Total e Frações | 1 vez/ano | 1 vez/ano |
| Triglicérides | 1 vez/ano | 1 vez/ano |
| Creatinina (com cálculo de TFG) | 1 vez/ano | 1 vez/ano |
| Microalbuminúria | 1 vez/ano | 1 vez/ano |
| Ácido úrico | 1 vez/ano | 1 vez/ano |
| Urina rotina | 1 vez/ano | 1 vez/ano |
| Avaliação oftalmológica (FO) | 1 vez/ano | 1 vez/ano |
| Avaliação nutricional | 1 vez/ano | 1 vez/ano |

ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS INTEGRANTES DA ESF

- Acolher de forma responsável e humanizada o paciente hipertenso/diabético ou com fatores de risco cardiovascular;
- Promover de acordo com sua competência técnica a assistência individual e coletiva, seja na unidade de saúde, no domicílio ou em espaços comunitários;
- Acompanhar os indivíduos de forma contínua, seja no momento agudo ou nos casos crônicos;
- Manter a coordenação do cuidado dos indivíduos, mesmo quando esses necessitam de atendimentos em outros níveis de atenção;
- Identificar os pacientes portadores de HAS e DM e rastrear aqueles com fatores de risco em sua microárea, através do consolidado dos dados de cadastros e visitas realizados pelos ACS e pelos sistemas de informação disponíveis;
- Garantir a qualidade dos registros das atividades nos sistemas de informação;
- Elaborar análises dos dados disponíveis visando o planejamento e avaliação das ações da ESF e da UBS;
- Realizar periodicamente reuniões de equipe para planejamento, avaliação e discussão das ações;
- Orientar a comunidade sobre a importância de mudanças nos hábitos de vida;
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco e garantir ações voltadas para esses;
- Desenvolver atividades de promoção à saúde;
- Desenvolver atividades educativas coletivas, executando-as com a participação dos demais membros da ESF;
- Encaminhar (principalmente os diabéticos e hipertensos) para atividades educativas, físicas e de lazer disponíveis;
- Estabelecer estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento e o vínculo à ESF;
- Promover ações para construção da co-responsabilidade do indivíduo, sua família e comunidade;

- Identificar parceiros e recursos na comunidade;
- Reforçar ações governamentais e comunitárias que incentivem a promoção de estilos de vida saudáveis;
- Participar e elaborar atividades de educação continuada;
- Incentivar a comunidade a atuar em espaços de participação popular e controle social bem como no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde;
- Orientar indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas pela UBS;
- considerar os aspectos culturais, sociais e desejos pessoais na visão de cuidado integral centrado na pessoa;
- Negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do mesmo;
- Discutir e explicar o plano de cuidado do paciente aos seus familiares, com a concordância prévia do mesmo;
- Estimular grupos de ajuda mútua entre os paciente;

- Divulgar o conteúdo deste manual entre os outros membros da equipe e entre os pacientes com Diabetes que manifestarem interesse.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESF



Agente Comunitário de Saúde

- Identificar e acompanhar os hipertensos/diabéticos, através do cadastramento das famílias e das visitas domiciliares mensais ou com maior periodicidade de acordo com avaliação da equipe;
- Identificar indivíduos portadores de hipertensão/Diabetes ou com fatores de risco e encaminhar para a UBS para avaliação.

- Entregar em domicílio ou comunicar agendamentos de procedimentos e consultas especializadas, quando o contato pela UBS não foi possível ou nos casos selecionados pela equipe;
- Entregar em domicílio ou comunicar a chegada de medicamentos, em situações excepcionais, segundo avaliação da equipe;
- Averiguar se o hipertenso/diabético está tomando regularmente os medicamentos, comparecendo às consultas e às ações coletivas;
- Fazer busca ativa dos pacientes hipertensos/diabéticos faltosos às atividades programadas;
- Identificar possíveis intercorrências no domicílio e comunicar imediatamente à equipe de saúde da família;
- Utilizar o roteiro de visitas domiciliares do ACS ao portador de HAS/DM:



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE



Financiada pela Finnish Diabetes Association adaptado pelo IAS.

Questionário: Risco de ter diabetes em 10 anos

ATENÇÃO!

Este questionário não deve ser aplicado a gestantes e pessoas menores de 18 anos.

Preencha o formulário abaixo.

Idade: _____ anos

45 -54 (2) >54 (3)

Sexo: () Masculino () Feminino

Altura: _____ m Peso: _____ Kg

IMC _____

>25 -30 (1) >30 (3)

Você é: () Branco () Negro () Asiático

Medida da cintura:

Se homem: () menos que 94 cm () entre 94 e 101 cm (3) () \geq 102 cm (4)

Se mulher: () menos que 80 cm () entre 80 e 87 cm (3) () \geq 88 cm (4)

Você realiza atividade física regularmente?

() Mais de 30 minutos por dia ou mais de 4 horas por semana

() Menos de 30 minutos por dia ou menos de 4 horas por semana (2)

DIETA

Você consome diariamente vegetais, frutas, legumes ou grãos?

() sim () não (1)

Você consome diariamente frituras, salgados ou carnes gordas (incluindo frango com pele)?

() sim

() não

Você fuma?

() Não, nunca fumei () Fumava mas parei

() Fumo 1 a 10 cigarros por dia () Fumo mais que 10 cigarros por dia

Se homem: Alguma vez você teve alteração do seu nível de glicose?

() sim () não

Se mulher: Alguma vez você teve alteração do seu nível de glicose ou diabetes durante a gravidez, ou filhos com mais de 4 quilos?

() sim (5)

() não

Você tem pressão alta ou toma remédios para controlá - la?

() sim (2)

() não

Você tem parentes em primeiro grau (pais ou irmãos e filhos) com diabetes? sim não

() sim (5) () não

Você tem parentes em segundo grau (tios, tias, avós e primos em primeiro grau) com diabetes? sim não

() sim (3) () não

Resultado = SOMATÓRIA APENAS DOS VALORES COLOCADOS NOS PARÊNTESES. Há itens que não somam pontos.

9 - 12 - risco moderado

\geq 13 - risco elevado

FAZER A GLICEMIA CAPILAR DAS PESSOAS COM SCORE > 9

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem



- Aferir dados vitais e antropométricos de acordo com esse protocolo e quando necessário ou solicitado;
- Acolher e encaminhar os casos conforme definição desse protocolo;
- Proceder às anotações devidas em prontuário;
- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas sob supervisão do enfermeiro;
- Orientar o indivíduo sobre exames, uso correto dos medicamentos, automonitorização da glicemia e técnica de aplicação de insulina;
- Agendar consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamentos e outros procedimentos para os casos indicados;

- Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária;
- Proceder à coleta de exames realizados na UBS;
- Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico.
- Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

Enfermeiros



- Coordenar, planejar e realizar a assistência de enfermagem direcionada ao hipertenso/diabético;
- Capacitar os técnicos, auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários e

supervisionar, de forma permanente, suas atividades.

- Realizar consulta de enfermagem periódica, abordando todos os aspectos relevantes ao cuidado do hipertenso/diabético;
- Realizar o exame criterioso dos pés dos portadores de Diabetes e a realização dos devidos cuidados, prescrição de curativos e encaminhamentos, se necessário;
- Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina e encaminhamentos de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pela SMS e as disposições legais da profissão. Para hipertensos: urina rotina, potássio sérico, creatinina sérica, microalbuminúria, glicemia de jejum, hemograma, colesterol total e HDL (solicitar as frações se houver hipertrigliceridemia superior a 300). Para diabéticos: glicemia capilar, hemoglobina glicosilada, urina rotina, ácido úrico, microalbuminúria, creatinina sérica, glicemia de jejum, hemograma, colesterol total e HDL (solicitar as frações se houver hipertrigliceridemia superior a 300), proteinúria de 24h.
- Manter a prescrição médica do hipertenso/diabético sem queixas ou alterações do exame clínico, na ausência do médico e mediante

a apresentação da receita, por no máximo 24 horas (Resolução do COFEN nº 281/2003);

- Encaminhar à consulta médica conforme fluxo e quando considerar necessário
- Prestar assistência de enfermagem nos casos de urgência e emergência e encaminhar para avaliação médica, se indicado;
- Fazer encaminhamentos intra-unidade visando abordagem integral da saúde do paciente (saúde bucal, saúde mental, ginecologia, NASF etc), assim como encaminhamentos extraunidade previstos em protocolos da SMS/BH;
- Identificar casos especiais para gestão junto à equipe;
- Registrar adequadamente o atendimento prestado;
- Realizar atividades de educação continuada e capacitação para auxiliares e ACS direcionadas ao hipertenso;
- Participar das atividades de regulação assistencial, buscando o uso racional e a priorização da utilização dos recursos disponíveis para casos com maior necessidade clínica;

- Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.
- Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao hipertenso/diabético, os objetivos e metas do tratamento;
- Supervisionar os recursos materiais e condições do ambiente para a assistência às pessoas com Diabetes e HAS;

Médicos



- Realizar consulta para confirmação diagnóstica e acompanhamento, avaliando os fatores de risco e identificando possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades, visando à estratificação de risco do portador de hipertensão/Diabetes.
- Solicitar exames complementares de rotina conforme protocolo e quando julgar necessário.

- Prescrever e incentivar medidas não farmacológicas de tratamento da hipertensão/Diabetes.
- Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso de acordo com a estratificação do risco individual.
- Encaminhar às unidades de urgência, referência secundária e terciária, conforme orientações do protocolo e quando julgar necessário.
- Encaminhar para avaliação e/ou acompanhamento nos demais níveis de atenção à saúde, visando a abordagem integral do paciente e gerindo a interface entre as demais especialidades.
- Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao hipertenso/diabético, os objetivos e metas do tratamento.
- Realizar a gestão do cuidado, bem como coordenar a prestação dos cuidados médicos, gerindo a interface com as demais especialidades.
- Registrar adequadamente o atendimento prestado.

- Desenvolver e participar das atividades de educação continuada e capacitação direcionadas ao hipertenso/diabético.
- Participar das atividades de regulação assistencial, buscando o uso racional e a priorização da utilização dos recursos disponíveis para casos com maior necessidade clínica.

Atribuições da Equipe de Apoio (pediatra, clínico e ginecologista)

- Atendimento de casos mais complexos quando referenciados pela ESF (como por exemplo: atendimento às crianças e gestantes portadoras de HAS/DM, enquanto aguardam agendamento especializado ou nas intercorrências; atendimento de adultos com complicações e/ou múltiplos fatores de risco).
- Realização de educação continuada com as ESF.
- Atendimento de casos agudos e crônicos quando houver impossibilidade do generalista atender, como por exemplo em períodos de férias, licenças médicas, participação em eventos fora da UBS ou devido a demanda excessiva.

- Atendimento à população do baixo risco.
- Participação em atividades coletivas, sejam essas em conjunto ou não com as ESF.
- Realização de visitas domiciliares, quando necessário.

Atribuições do Assistente Social

- Qualificar as intervenções do Serviço Social nas UBS.
- Desenvolver ações, com a equipe interdisciplinar dos CS/ESF, enfatizando os fatores sociais que interferem na saúde da população assistida.
- Prestar atendimentos sócio-assistenciais aos usuários e suas famílias em situação de vulnerabilidade social, segundo o princípio da integralidade.
- Articular a rede de proteção social ao usuário por meio da interface com recursos institucionais, comunitários, ONGs e rede privada.

- Desenvolver ações coletivas com os usuários (abordando temas relacionadas à promoção de saúde, programas de geração de renda, enfatizando também os direitos sociais, previdenciários, trabalhistas e assistenciais).
- Participar da elaboração do Projeto Terapêutico do paciente junto à ESF, numa linha de reflexão, esclarecimento e orientações a usuários e familiares.



Atribuições da Equipe de Saúde Bucal

- Realizar atenção integral em saúde bucal individual e coletiva.
- Realizar procedimentos preventivos e curativos (de acordo com sua competência clínica) com atenção especial à doença periodontal, pelo seu papel no controle glicêmico.

- Traçar o perfil de saúde bucal dos pacientes hipertensos/diabéticos na comunidade.
- Auxiliar na detecção de pacientes e com fatores de risco cardiovascular, encaminhando-os para a manutenção do cuidado com a ESF.
- Contribuir para o estímulo aos pacientes com relação à adesão ao tratamento.
- Participação em atividades coletivas, sejam essas em conjunto ou não com as ESF.

Atribuições do gerente da UBS

- Zelar pela organização da UBS, fomentando as ações necessárias para o cumprimento desse protocolo.
- Divulgar entre as ESF e equipes de apoio o conteúdo desse protocolo e avaliar sua implantação, bem como seus resultados e impactos na saúde da população.
- Auxiliar a equipe na busca de dados e no planejamento das ações.

- Incentivar ações de promoção e prevenção em saúde.
- Observar o cumprimento das atribuições de cada membro da equipe.
- Efetivar a participação dos profissionais do CS nas atividades de educação permanente.
- Garantir a autonomia das equipes nas suas ações de cuidado individuais ou coletivas e na organização de seu processo de trabalho.
- Planejar e prover o fornecimento regular e satisfatório dos materiais e equipamentos necessários para o atendimento ao hipertenso/diabético.
- Promover ambiente de trabalho humanizado e respeitoso.
- Participar das atividades de regulação assistencial.
- Motivar os profissionais da unidade a participarem da gestão da unidade e das instâncias de controle social.
- Promover a integração entre as equipes da unidade.
- Articular, sempre junto com as equipes, as ações intersetoriais.

OUTROS PROFISSIONAIS

Por se pensar na atenção integral à saúde do paciente hipertenso/diabético, deve-se, sempre que possível, integrar outras categorias profissionais na linha do cuidado ao mesmo, propiciando soma de saberes e incremento na resolutividade.

A integração de outros profissionais, especialmente nutricionistas, profissionais da saúde mental e da medicina antroposófica, profissional de educação física, fisioterapeutas, homeopatas, acupunturistas e demais é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle do DM e da HAS.

NASF

O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. Tem como responsabilidade central atuar e reforçar 8 diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o

território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

É responsável pela organização do processo de trabalho, nos territórios de sua responsabilidade, referido às ESF que a ele se vinculam e fazem a gestão do cuidado, priorizando:

- Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas (estudo/ discussão de casos/situações, orientações, atendimentos em conjuntos);
- Encaminhamento de usuários/famílias para o Núcleo pela equipe de saúde da família, sendo realizada, necessariamente, uma discussão entre os profissionais responsáveis pelo caso.
- Ações comuns nos territórios de responsabilidade do NASF, sendo desenvolvidas de forma articulada com a ESF e outros setores públicos (exemplos: educação permanente, planejamento integrado, potencialização do uso de espaços públicos de convivência, ações focadas na inclusão social, enfrentamento da violência, educação popular em saúde, organização em rede intersetorial para a equidade e cidadania - escolas, creches,

equipamentos da assistência social, etc -, trabalhos com grupos vulneráveis).

À atenção primária à saúde colocam-se alguns desafios, entre estes estão a ampliação progressiva de sua cobertura populacional e sua integração à rede assistencial. O NASF insere-se neste sistema buscando tanto o aumento de sua resolutividade quanto de sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado compartilhando esses desafios com as ESF. Belo Horizonte conta hoje com 48 equipes de NASF, distribuídas em 35 pólos, destinadas principalmente à reabilitação, assistência farmacêutica e promoção da saúde. Essas equipes contam com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, professores de educação física, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos.

A abordagem interdisciplinar dos pacientes valoriza a construção conjunta de planos de cuidado, sem perder de vista os saberes específicos de cada profissional, o que propicia o apoio integral à saúde.

Vigilância

Dentro da forma de atuação do PSF é fundamental que as equipes possam ter acesso aos indicadores de Diabetes mellitus, para que possam avaliar sua atuação junto à população adstrita. Os indicadores básicos utilizados para o monitoramento da condição do Diabetes são as taxas de detecção e acompanhamento dos diabéticos. Acessando esses dados, a ESF poderá avaliar sua atuação e planejar estratégias locais para melhorar a assistência à população.

É importante frisar que a vigilância em doenças crônicas não transmissíveis visa o monitoramento, prevenção e controle da doença.

A coleta de dados deve ser seguida de sua análise em equipe, permitindo sua interpretação e aplicação das medidas locais. A estratégia deverá incluir, sempre que possível, a abordagem integrada dos fatores de risco e de proteção. Em relação à promoção da saúde, as medidas planejadas devem visar o estímulo aos modos de vida saudáveis, incluindo o combate ao tabagismo, a alimentação adequada e a atividade física.

MINAS GERAIS. Prefeitura de Belo Horizonte. **Parte I - Protocolo de Diabetes Mellitus**. Belo Horizonte: PBH, 2010.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS
GERAIS

Curso de Graduação em Enfermagem – 9º Período

Núcleo Universitário de Betim – Noite

Alunas: Adriane de Oliveira Martins

Débora Thaís Silva Alves

