

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

LILIANE CARVALHO JAMIL

**PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE GRUPO ATIVO PARA
APRIMORAR A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

CONFINS- MINAS GERAIS

2014

LILIANE CARVALHO JAMIL

**PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE GRUPO ATIVO PARA
APRIMORAR A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Profa. Dra Adelaide de Mattia Rocha

CONFINS- MINAS GERAIS

2014

LILIANE CARVALHO JAMIL

**PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE GRUPO ATIVO PARA
APRIMORAR A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Adelaide de Mattia Rocha

Prof. Alcione Bastos Rodrigues

Aprovado em Belo Horizonte, em ___ / ___ / ___

RESUMO

O município de Sabará localiza-se à 12km da capital do estado de Minas Gerais e possui uma população de 127.897 pessoas. O município conta atualmente com sete Equipes de Saúde da Família cujo desafio é adequar a rotina de atendimento para melhor atender a população adscrita. Este trabalho se baseia na análise dos usuários do PSF Fátima 1, especificamente dos pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e aborda métodos de aprimorar a prevenção secundária nos portadores de tal morbidade. O diabetes mellitus é um distúrbio endócrino de alta prevalência, cujas complicações secundárias são debilitantes e dispendiosas. Foi observado um número alto de pacientes diabéticos com complicações microvasculares em estágio avançado na área de abrangência do PSF Fátima 1, atentando para a necessidade de voltar a rotina da unidade para a prevenção de tais consequências e para o controle glicêmico. Os objetivos deste estudo são a criação de um grupo ativo de pacientes com diagnóstico confirmado de diabetes mellitus e o acompanhamento regular destes pacientes, manejo a terapêutica e transmissão de informações que permitam a prevenção de complicações. Pretendemos atingir tais objetivos através da criação de grupo ativo com reuniões semanais incluindo pacientes e a Equipe de Saúde da Família. Será aferida a glicemia capilar e este valor será classificado como adequado ou inadequado de acordo com os padrões da Sociedade Brasileira de Diabetes. Além disso será avaliada a biometria e aferição de pressão arterial e serão discutidos temas de relevância para os pacientes. O acompanhamento será feito de acordo com o número de valores de glicemia considerados como adequados ou inadequados. Esperamos com a realização do grupo ativo obter um número crescente de valores de glicemia capilar considerados adequados segundo os padrões definidos neste estudo. Concluindo, a criação do grupo ativo de diabéticos permite um acompanhamento clínico e laboratorial regular destes pacientes e a transmissão de conhecimentos que culminam em melhor controle glicêmico e prevenção de complicações importantes.

Descritores: Diabetes Mellitus, Complicações do Diabetes, Epidemiologia, Prevenção secundária.

ABSTRACT

Sabará is a city located 12 km from the capital of the state of Minas Gerais and its population totalizes 127.897 inhabitants. The local health system includes seven Family Health Programs, which face daily the challenge of adapting their routine to best serve the population under their responsibility. This study focuses on the population under the responsibility of Family Health Program Fátima 1, more specifically on the patients with type 2 diabetes and it discusses methods to improve their care and prevent complications of this disease. Diabetes is an endocrine pathology with a high prevalence worldwide and debilitating consequences. Through medical appointments and home care visits our team detected a high number of patients with advanced microvascular complications of diabetes and this reality motivated us to search for methods to bring the prevention of secondary lesions into our daily practice. This study aims to create a group of patients with type 2 diabetes to maintain a regular clinical control of their glucose levels, optimize their medication and allow them to share experiences about prevention and health. The group will include patients with confirmed type 2 diabetes diagnosis and health professionals of our team. It will happen every Thursday in the conference room of the health unit. In each meeting all patients will have their glucose levels measured and classified as adequate or inadequate according to the Brazilian Diabetes Society. They will also be weighed, have their blood pressure measured and discuss themes related to diabetes. The follow-up will be based on the glucose levels and the number of results considered as adequate. We expect that the development of this study shows rising numbers of adequate glucose measures considering the values stipulated by the SBD. To conclude, the creation of the group of diabetic patients presents an opportunity to share knowledge and experiences and maintain a regular clinical control of these patients. Therefore it is a method to improve the care of diabetic patients and help them prevent serious complications.

Descriptors: Diabetes Mellitus, Complications of Diabetes, Epidemiology, Secondary prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS = Agente comunitário de saúde.

DM = Diabates mellitus

ESF = Estratégia de Saúde da Família

HAS = Hipertensão arterial sistêmica

LDL= Low-density lipoproteine

PSF = Programa de Saúde as Família

SUS = Sistema Único de Saúde

UPA = Unidade de Pronto Atendimento

SBD= Sociedade Brasileira de Diabetes

IDH= Índice de Desenvolvimento Humano

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Sabará no século XX..... | 10 |
| Tabela 1: Distribuição da população de Sabará de acordo com o sexo e a faixa etária...11 | |
| Figura 2: Mapa de Sabará..... | 12 |
| Tabela 2: Indicadores socioeconômicos de Sabará..... | 14 |
| Tabela 3: Agenda de atendimentos do PSF Fátima 1..... | 18 |
| Tabela 4:Classificação dos problemas segundo a ordem de prioridade..... | 20 |

SUMÁRIO

| | | |
|---------|----------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Introdução..... | 9 |
| 1.1 | Introdução ao município..... | 9 |
| 1.2 | Sabará na atualidade..... | 11 |
| 1.2.1 | Aspectos demográficos..... | 11 |
| 1.2.2 | Aspectos geográficos..... | 11 |
| 1.2.3 | Aspectos socioeconômicos..... | 12 |
| 1.3 | Sistema local de saúde..... | 14 |
| 1.4 | A unidade básica de saúde e seu território de abrangência..... | 15 |
| 1.4.1 | O bairro..... | 15 |
| 1.4.2 | O território de abrangência..... | 16 |
| 1.4.3 | O PSF Fátima 1..... | 17 |
| 1.4.3.1 | Recursos humanos..... | 17 |
| 1.4.3.2 | A rotina da unidade..... | 17 |
| 1.5 | Diagnóstico situacional..... | 18 |
| 1.5.1 | Primeiro passo..... | 18 |
| 1.5.2 | Segundo passo..... | 20 |
| 1.5.3 | Terceiro passo..... | 20 |
| 1.5.4 | Quarto passo..... | 21 |
| 1.5.5 | Quinto passo..... | 21 |
| 2 | Justificativa..... | 22 |
| 3 | Objetivos..... | 23 |
| 4 | Métodos..... | 24 |
| 5 | Proposta de ação..... | 26 |
| 5.1 | O grupo ativo..... | 26 |
| 5.2 | Recursos necessários..... | 26 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 5.3 Cronograma e acompanhamento..... | 27 |
| 6 Resultados esperados..... | 28 |
| 7 Conclusões..... | 29 |
| Referências..... | 30 |

1- INTRODUÇÃO:

1.1 INTRODUÇÃO AO MUNICÍPIO:

O município de Sabará foi fundado em 1675 e nesta época recebeu o nome “Sabarabuçu”. Há duas teorias que explicam a denominação. A primeira é de origem indígena, sendo Sabarabuçu traduzido como "grande braço de pai", referindo-se ao Rio Sabará o "braço", afluente do Rio das Velhas "o pai". Outra versão é a de que o nome Sabará se origina da expressão Itaberabussu, que quer dizer na linguagem indígena "pedra grande reluzente", numa alusão à Serra da Piedade que domina toda a região.

A história de Sabará

A História de Sabará tem início com a chegada do bandeirante paulista Manoel Borba Gato nas proximidades de Roça Grande e sua travessia pelas margens do Rio Sabará, afluente do Rio das Velhas. O bandeirante passou à História como fundador do Arraial do Sabará, sendo ele responsável pelo envio ao Governador da Capitania de São Paulo das primeiras notícias sobre a existência das minas do Sabarabuçu, localizadas no vale do Rio das Velhas.

Em 1711, o arraial foi elevado à categoria de Vila Real de Nossa Senhora da Conceição do Sabará. Devido ao seu rápido desenvolvimento, em 1714, a Vila foi transformada na sede da Comarca do Rio das Velhas, uma das quatro primeiras a serem criadas na Capitania das Gerais. Sua área de jurisdição compreendia uma parte do território onde hoje se localizam mais de 20 de municípios, inclusive o de Belo Horizonte.

Os rios e lavras de Sabará eram riquíssimos em ouro, e houve época em que os trabalhos de garimpagem ocupavam milhares de escravos. A mineração prosperou tanto na região que o Governo Português decidiu pela instalação da Casa da Intendência para cobrar o quinto. Paralelamente ao desenvolvimento da mineração, ocorria o desenvolvimento do núcleo em todos os sentidos, especialmente o comércio.

Exemplos dessa época de riqueza e prosperidade são os Templos do Carmo, de Nossa Senhora da Conceição, de Nossa Senhora do Ó, bem como a Casa da Intendência, verdadeiros palácios naquela época. Porém, já no princípio do século XX restavam apenas

lembranças do “ciclo do ouro”. Os ingleses, já instalados no Antigo Arraial de Congonhas do Sabará, atual Nova Lima, exploravam o ouro com toda uma equipagem mecânica muito eficiente que desencantava os garimpeiros, ainda teimosos em revirar o leito dos rios, na busca desesperada do metal cada vez mais difícil. A indústria de ourivesaria insistia em resistir à concorrência dos grandes centros, já iniciados no sistema das grandes produções a baixo custo.

Enquanto isso a produção tímida de ferro desapontou como uma alternativa econômica. Foi então que surgiu em Sabará a Companhia Siderúrgica Belgo Mineira. Era o começo de novo ciclo na vida de Sabará: "O Ciclo do Ferro". A Companhia deu nova vida, não apenas a Sabará, que foi seu berço, mas conduziu o seu progresso a toda uma vasta região do Estado de Minas.

Ao contrário do ciclo do ouro, o ciclo do ferro não terminou e continuou a promover o crescimento de Sabará. Em 1968 foi implantado na cidade o Departamento de Turismo, iniciando o terceiro ciclo desenvolvimentista. Passou a ser desenvolvida uma infraestrutura que visava destacar os aspectos cívicos e culturais da cidade e a beleza de sua arquitetura barroca (Figura 1). Atualmente o turista encontra em Sabará, hotéis, pousadas, restaurantes, lanchonetes, parques, clubes e várias opções de lojas e artesanatos.

Figura 1: Sabará no século XX



Fonte: Jornal Digital de Sabará, 2013

1.2- SABARÁ NA ATUALIDADE

O município de Sabará localiza-se a 22,6 Km da capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. O atual prefeito, Diógenes Gonçalves Fantini do PMDB, assumiu seu mandato em janeiro de 2013. Juntamente com ele, Rodrigo Leite assumiu o posto de Secretário da Saúde. Devido à fase inicial do governo alguns cargos públicos ainda estão sendo redefinidos, como o de Coordenador da Atenção Básica e o Coordenador de Saúde Bucal.

1.2.1- Aspectos demográficos

Segundo dados do Censo do IBGE (BRASIL, 2010) a população de Sabará contabilizava 126 269 habitantes e a população estimada para 2012 era de 127 897 pessoas.

A população de 2010 se distribuía da seguinte forma (Tabela 1):

Tabela 1: Distribuição da população de Sabará de acordo com o sexo e a faixa etária

| Número de indivíduos | <1 ano | 1-4 anos | 5-9 anos | 10-14 anos | 15-19 anos | 20-24 anos | 25-39 anos | 40-59 anos | >60 anos |
|----------------------|--------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| Homens | 890 | 3452 | 4934 | 5919 | 5591 | 5593 | 15564 | 13916 | 4969 |
| Mulheres | 837 | 3433 | 4938 | 5783 | 5601 | 5596 | 16563 | 15614 | 7076 |

Fonte: IBGE, 2010

O IDH médio de Sabará é de 0,733, sendo distribuído nos seguintes critérios: IDH educação: 0,888, IDH longevidade: 0,761 e IDH renda: 0,609.

1.2.2- Aspectos geográficos

Sabará está localizada na região metropolitana de Belo Horizonte. Limita-se com os seguintes municípios: Taquaraçu de Minas ao norte, Caeté ao leste, Raposos e Nova Lima ao sul e Santa Luzia e Belo Horizonte a oeste. O município está localizado na bacia do Rio das Velhas e desenvolve-se ao longo do Ribeirão Sabará e do próprio Rio das Velhas.

Sabará possui área total de 302,173 Km², corresponde a 5,1% da região metropolitana de BH. A densidade demográfica local  de 417,87 habitantes/ km². A populao está distribuída nas principais regiões do município (Figura 2):

- *Centro: Sede Administrativa
- *Bairros: Pompéu, Arraial Velho, Roça Grande e outros.
- *General: General Carneiro, Marzagão e demais bairros próximos.
- *Alvorada: inclui Alvorada, Novo Alvorada, Nova Vista, Ana Lúcia e proximidades.
- *Fátima: engloba todo o bairro do mesmo nome.
- *Naes: Representa o bairro Naes Unidas.

Figura 2: Mapa de Sabará



Fonte: Sabaranet, 2010

1.2.3- Aspectos socioeconômicos

Domicílios, famílias e serviços:

Há em Sabará 36479 domicílios particulares permanentes, sendo que destes 34144 são casas, 2003 apartamentos e 251 cortos. A distribuo de serviços segue o seguinte padrão:

- Água encanada: 34936 domicílios. O restante usa poços, água de chuva acumulada em cisternas, carro pipa, rios, entre outros.
- Rede geral de esgoto: 31065. Os demais destinam esgoto à fossas sépticas, fossas, diretos nos rios, dentre outros.
- Energia: 36375 domicílios.
- Coleta de lixo: 34516 domicílios.

Foram registradas pelo IBGE/2010 26828 pessoas residentes em condição família sendo que mais 9603 em condição de corresponsabilidade.

Economia:

O PIB de Sabará é de 1.067.253,259 mil, sendo o PIB per capita equivalente a R\$8.590,44 segundo dados do IBGE/2008.

A grande maioria da população economicamente ativa, mais precisamente 50672 sabarenses, recebe entre $\frac{1}{2}$ e 2 salários mínimos. Já considerando a renda domiciliar, a maioria, cerca de 14573 domicílios, contam com 2 a 5 salários mínimos mensais.

A renda mensal domiciliar per capita era de R\$ 589,24 segundo o último censo do IBGE em 2010. Neste ano o salário mínimo correspondia a R\$510.

Educação:

Há em Sabará um equivalente de 4805 pessoas não alfabetizadas, dentre as quais 195 tem entre 15 e 24 anos, 2239 entre 25 e 59 e 1037 pessoas entre 60 e 69 anos. Considerando o nível educacional da população com 15 anos ou mais, 19,91% das pessoas não possuem instrução ou têm 1º ciclo fundamental incompleto, 14,39% possuem 1º ciclo completo ou 2º ciclo fundamental incompleto e 55,62% completou o 2º ciclo fundamental ou foi além deste.

Indicadores socioeconômicos (Tabela 2):

Tabela 2: Indicadores socioeconômicos de Sabará:

| Indicadores | Sabará |
|---------------------------------|---------------|
| Índice de Pobreza | 0,618 |
| Índice de Juventude | 0,666 |
| Índice de Alfabetização | 0,897 |
| Índice de Escolaridade | 0,549 |
| Índice de Emprego Formal | 0,087 |
| Índice de Violência | 0,993 |
| Índice de Desigualdade | 0,085 |
| IES TOTAL | 0,509 |
| Ranking Brasil | 1.367° |
| Ranking MG | 182° |

Fonte: PNUD/2000

1.3 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

O município de Sabará possui 7 equipes de saúde da família: 3 no bairro Nossa Senhora de Fátima, 1 no bairro Rosário, 1 em Pompéu (entre Sabará e Caeté) e 1 em Ravena (próximo à Rodovia 381). Segundo dados do DATA-SUS (BRASIL, 2013), o município teve uma produção ambulatorial na Atenção Básica do SUS de 48422 atendimentos em janeiro de 2013 e, até dezembro de 2012, 4924 famílias eram acompanhadas por equipes de PSF.

No nível de Atenção Secundária o município possui um serviço de pronto atendimento, a Santa Casa de Sabará. Esta instituição possui acordos de transferência de pacientes que necessitem de cuidados específicos com o Hospital Odilon Behrens e o Hospital João XXIII. A Santa Casa localiza-se no centro de Sabará, sendo o acesso a ela difícil para

parte da população que vive em bairros mais afastados, como a do Nossa Sra de Fátima. Uma segunda Unidade de Pronto Atendimento, mais próxima do bairro foi construída na BR262 e iniciou suas atividades em 1º de abril de 2013.

A rede de atenção à saúde de Sabará também inclui o Centro Médico de Atendimento Especializado (CEMAE) e o Centro de Atendimento Psico-Social (CAPS), para os quais são referenciados os pacientes que necessitem de uma avaliação e acompanhamento especializado.

Os Conselhos Municipais de Saúde, compostos por profissionais da saúde, representantes políticos e pela população, teoricamente se reúnem a cada 4 anos, mas segundo a população nem sempre este prazo é fidedigno. De acordo com os dados financeiros da Prefeitura de Sabará, em 2012 a receita do município foi de R\$189.431.229,01, sendo que as despesas com a Saúde Pública totalizaram R\$34.552.814,49. Deste montante, R\$3.653.996,04 se destinaram à Saúde Pública.

1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E SEU TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA:

A unidade básica de saúde que abriga o PFS Fátima 1 localiza-se na Rua Rio Verde número 70, no bairro Nossa Senhora de Fátima e funciona de 7h às 17h. O bairro se situa a 12,2 km do centro de Sabará.

1.4.1- O bairro

A região conta hoje com 3 equipes de PSF: Equipe Amarela, atua na região denominada CAIC; A Equipe Azul, atua na região denominada Mangueiras e a Equipe Vermelha, que é o PSF Fátima 1 e atua na região central do bairro. Dentro do bairro o PSF Fátima 1 tem uma posição central e se tornou referência para a população adscrita dos outros 2 postos de saúde que se localizam nos extremos do bairro.

Em relação à escolaridade, a maioria das pessoas é alfabetizada e cursou o 1º ciclo fundamental completo ou 2º ciclo incompleto. A principal atividade econômica da população é o trabalho informal, sendo que parte dos recursos da comunidade também

advém de auxílios governamentais. Há poucos serviços disponíveis na área de abrangência, por exemplo: farmácias, lojas de roupas, mercados, serviço de luz e gás e uma auto-escola. Não há correios ou bancos. Um importante mobilizador de renda na região é o tráfico de drogas, responsável também pelo óbito de pessoas jovens residentes no bairro.

Há três escolas no bairro, mas na área de abrangência do PSF Fátima 1 consta uma escola e uma creche. Além deste ponto de encontro comunitário, há na área do PSF múltiplas igrejas e uma associação chamada “Ação Faça uma Família Sorrir”.

1.4.2- O território de abrangência

A população da área de abrangência do PSF Fátima 1 totaliza 5862 pessoas, correspondente à 994 famílias. Nesta população as morbidades mais frequente são diabetes mellitus tipo 2 (89 pessoas, 62 fazem acompanhamento ambulatorial) e hipertensão arterial (303 casos, sendo que 256 fazem acompanhamento). Cerca de 77% da população é usuária do SUS.

Esta população é dividida em 8 microáreas, sendo que apenas 5 estão cobertas e em 3 faltam ACSs.

- Microárea 1: 589 pessoas, 216 famílias, 72 hipertensos e 9 diabéticos. Há na região 1 creche e 4 igrejas. Há pequena região com esgoto a céu aberto.
- Microárea 2: Atualmente descoberta, não há dados.
- Microárea 3: 550 pessoas, 207 famílias, 69 hipertensos e 18 diabéticos. Esta é a microárea mais próxima do posto de saúde. Toda a área possui água encanada, rede de esgoto e luz elétrica e há 3 igrejas na região.
- Microárea 4: 783 pessoas, 224 famílias, 94 hipertensos e 16 diabéticos. Há 3 igrejas na região e áreas com esgoto a céu aberto.
- Microárea 5: 798 pessoas, 181 famílias, 70 hipertensos. Há 1 escola e 2 igrejas. Há áreas com esgoto jogado para a rua.
- Microárea 6: Atualmente descoberta: 590 pessoas, 181 famílias. Há 1 escola, algumas igrejas, uma auto-escola, atendimento odontológico, CRAS e Fica vivo.
- Microárea 7: 586 pessoas, 171 famílias, 54 hipertensos e 24 diabéticos. Há pequena área sem rede de esgoto, não há escolas, igrejas ou serviços.

- Microárea 8: Atualmente descoberta, não há dados.

1.4.3- O PSF Fátima 1

A equipe do PSF trabalhava anteriormente em uma casa adaptada para funcionar como Posto de Saúde. Há 8 anos foi realocada para uma unidade construída para o PSF com local de espera, recepção, 3 consultórios bem equipados, sendo 1 para atendimento ginecológico, 4 salas para atendimentos da enfermagem (vacina, acolhimento, curativos, medicação e observação), 1 almoxarifado, 1 sala de limpeza de material e uma área para os funcionários com cozinha e banheiros.

1.4.3.1- Recursos humanos

A equipe inclui os seguintes funcionários:

- Enfermeiro. Horário de -16h de segunda-feira a sexta-feira.
- Cinco ACS s. Trabalham de 8 a 17h, segunda-feira a sexta-feira.
- Três técnicas de Enfermagem, uma responsável pela farmácia, uma pelo setor de vacinas e uma atua no PSF. Horário de 8-17h de segunda a
- Auxiliar de limpeza. Horário 7-17h de segunda a sexta.
- Médica do PSF (atende clínica geral de segunda-feira a quinta-feira)
- Pediatra (segunda-feira a quinta-feira)
- Ginecologistas: Dra. Gabriela (quarta 12-16h).
- Médica UBS (atende clínica geral na segunda-feira de 7 as 16h)

1.4.3.2- A rotina da unidade

No dia-a-dia, são realizadas atividades de consultas médicas, acolhimento, vacinações, curativos e fornecimento de medicações na unidade. Na terça-feira realizamos no período da tarde as visitas domiciliares, na quarta-feira à tarde são realizados os exames ginecológicos de preventivo e consultas de pré-natal no período da tarde, na quinta-feira pela manhã é realizado o Hiperdia, turno reservado a consulta de rotina de pacientes portadores de hipertensão e diabetes, e sexta-feira à tarde os atendimentos de puericultura. A agenda é definida da seguinte forma (Tabela 3):

Tabela 3: Agenda de atendimentos do PSF Fátima 1

| | | | | |
|-----------------|-------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
| Dia para estudo | Clínica Geral | Clínica Geral | Hiperdia | Clínica Geral |
| | Visitas domiciliares | Pré-natal | Clínica Geral | Puericultura |

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

1.5 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1.5.1- Primeiro passo

Inicialmente o Centro de Saúde Fátima I de Sabará trabalhava exclusivamente atendendo a demanda espontânea. Os pacientes chegavam muito cedo, segundo alguns relatos antes das 5h da manhã, e faziam fila na porta do posto para passar no acolhimento diariamente. Os casos não solucionados pelo enfermeiro eram encaminhados ao médico, até totalizar cerca de 15 a 18 atendimentos pela manhã e 10 a 14 no turno da tarde. Ficou muito claro que este funcionamento estava prejudicando a acessibilidade dos casos crônicos ao acompanhamento médico e a aceitabilidade da população em geral.

Com o apoio dos gestores de saúde do município e após reuniões com a equipe de saúde da família foi organizado um novo processo de trabalho, que envolvesse também medidas de prevenção e facilitasse o acesso de pessoas idosas com patologias crônicas.

As consultas dos atendimentos de Clínica Geral agora são agendadas pelo enfermeiro e os pacientes da livre demanda têm a opção de agendar a consulta para outro dia ou aguardar o atendimento dos pacientes marcados para ser atendido no mesmo dia se houver disponibilidade. Os atendimentos de urgência são priorizados e atendidos mesmo com a agenda cheia. Como a UPA se localiza a 12km de distância e a população não a reconhece como porta de entrada, os casos de urgência são muito comuns na unidade. Organizamos os atendimentos para 13 pacientes pela manhã e oito à tarde possibilitando atender as urgências que surgem com frequência e manter a qualidade do atendimento.

Outra alteração fundamental para a população foi mudar a prática do hiperdia, que atende pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Anteriormente os

pacientes entregavam as prescrições para os enfermeiros, os quais as transcreviam e o médico apenas as carimbava. Isso foi feito por anos, sem revisão da eficácia do tratamento do paciente ou mesmo o contato com ele para manter a adesão e o vínculo. O resultado é visível: uso incorreto da medicação, alto índice de HAS e DM descontrolada, crises hipertensivas e infartos agudos do miocárdio frequentes na ESF. Atualmente todos os pacientes do Hiperdia passam pela consulta médica e são pesados, medidos, medida a circunferência abdominal, aferida a PA, medida a glicemia capilar e solicitados exames de rotina se estiverem desatualizados.

Ainda assim, temos que lidar diariamente com os pacientes com sequelas do descontrole das patologias crônicas. Dentre os usuários com diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, três apresentam amputações não-traumáticas do membro inferior, cinco apresentam perda visual irreversível devido à retinopatia diabética, um apresenta sequela motora devido à coma por hiperglicemia e há dois nefropatas em hemodiálise também como complicação secundária do descontrole glicêmico.

Ainda há muito a ser feito para adequar a agenda às necessidades da população. Também foi discutida com a equipe a possibilidade de desenvolver atividades de educação nas escolas da região, mas ainda não foram programados.

Lidamos também com uma carência de profissionais, sendo uma ESF para uma população de 5862 pessoas, o que resulta em um excesso de urgências menores e algumas maiores com frequência na unidade, as quais demandam o tempo que poderia ser destinado a atividades de prevenção e promoção de saúde.

A maior dificuldade ainda parece ser a aceitação da população. Devido aos muitos anos adaptada a um modelo centrado na doença, a população responsabiliza a equipe inteiramente por sua saúde e se mostra insatisfeita se o serviço demanda tempo para ser bem executado. Será um processo de mudança longo, mas esperamos que a organização do processo de trabalho ofereça oportunidade para motivar a população a tornar-se agente da própria saúde.

1.5.2- Segundo passo

Tabela 4: Classificação dos problemas segundo a ordem de prioridade

| Principais problemas | Importância | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------|----------------|
| Equipe incompleta e demanda excessiva para uma ESF | Alta | Fora | 1 |
| Funções mal definidas na equipe | Alta | Total | 2 |
| Criação do grupo de planejamento familiar | Alta | Parcial | 3 |
| Muitos pacientes diabéticos com complicações decorrentes do descontrole glicêmico | Alta | Parcial | 4 |
| Baixo acompanhamento dos casos de hipertensão arterial | Alta | Parcial | 5 |
| Baixa procura pelo pré-natal | Alta | Parcial | 6 |
| Abundância de lixo nas ruas e esgoto a céu aberto | Alta | Fora | 7 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

1.5.3- Terceiro passo

A abordagem das complicações microvasculares crônicas do diabetes mellitus foi escolhida como tema deste estudo devido a três motivos principais. Primeiramente devido ao impacto destas complicações na qualidade de vida e autonomia dos pacientes. Como podem culminar em amputações, cegueira e necessidade de diálise, as consequências do diabetes têm alto potencial debilitante.

Adicionalmente o United Kingdom Prospective Diabetes Studies (HOLMAN,1998 at SBD, 2009), comprovou que o controle glicêmico rígido reduz o risco de desenvolvimento de complicações microvasculares e tal medida pode ser alcançada pelo acompanhamento organizado e frequente dos pacientes diabéticos na unidade básica.

Por fim, o terceiro motivo é a afirmação de vários pacientes que atualmente já desenvolveram complicações de que nunca foram rastreados antes do surgimento dos sintomas. O rastreio precoce é fundamental na prevenção e tratamento de qualquer consequência do diabetes e é menos oneroso para o sistema de saúde que a internação, propedêutica e terapêutica dos casos avançados (PACE et al. 2002).

1.5.4- Quarto passo

Existem na área de abrangência do PSF Fátima 1 atualmente 89 pacientes com diagnóstico de diabetes. Destes apenas 63 fazem acompanhamento no posto de saúde. Em relação às complicações do diabetes mellitus, três pacientes apresentam amputações não-traumáticas do membro inferior, cinco apresentam perda visual irreversível devido à retinopatia diabética, um apresenta sequela motora devido à coma por hiperglicemia e há dois nefropatas em hemodiálise também como consequência do diabetes.

Dos 63 pacientes acompanhados no posto de saúde, 35 têm valores de glicemia capilar adequados de acordo com as diretrizes da SBD e 28 têm valores inadequados. O descontrole glicêmico é reconhecidamente um fator de risco para as complicações microvasculares crônicas.

1.5.5- Quinto passo

Os nós críticos detectados na assistência aos pacientes diabéticos foram os seguintes:

- 1- Baixa frequência de consultas permitindo o descontrole glicêmico.
- 2- Falta de informação em relação à dieta e hábitos de vida saudáveis que permitem um melhor controle do diabetes.
- 3- Falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde para lidar com os pacientes diabéticos.
- 4- Demora excessiva no atendimento por especialistas.
- 5- Falta de disponibilidade de exames na rede pública de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O diabetes mellitus tipo 2 é um distúrbio metabólico crônico e um importante problema de saúde pública. O tempo de doença e o mau controle glicêmico resultam em complicações crônicas, as quais podem ser divididas em microvasculares e macrovasculares. São reconhecidas como complicações microvasculares crônicas do diabetes mellitus a nefropatia, a retinopatia e a neuropatia diabética (MORAIS et al. 2009). Cada uma destas complicações pode ser rastreada e diagnosticada precocemente, melhorando o prognóstico do paciente. Porém, quando o diagnóstico é tardio e dependendo de sua progressão, podem se tornar debilitantes e prejudicar a qualidade de vida dos pacientes, bem como onerar o sistema de saúde com internações e procedimentos dispendiosos. As estimativas disponíveis indicam que o diabetes pode ser responsável por 5 a 14% das despesas com atenção à saúde em alguns países. (PACE et al. 2002).

Considerando a população da área de abrangência do PSF Fátima 1, foi observado um número considerável de pacientes diabéticos com complicações microvasculares com níveis de glicemia muito altos e que afirmaram não terem sido rastreados para o diagnóstico ou manterem um rastreamento anual para as demais complicações. Tal realidade motivou a seleção do tema como foco deste estudo e a busca pelos aspectos a serem aprimorados na atenção primária aos pacientes diabéticos a fim de prevenir novos casos de complicações microvasculares.

3 OBJETIVOS

Objetivos gerais

Elaborar um projeto de intervenção com vistas a criação de um grupo ativo de pacientes com diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 na rotina da Equipe de Saúde da Família Fátima 1 do município de Sabará.

Objetivos específicos

- Implantar e manter um sistema de registro das pessoas portadoras de Diabete Mellitus tipo 2 no âmbito da área de abrangência do PSF Fátima 1 no município de Sabará-MG
- Implantar uma rotina de acompanhamento regular dos pacientes portadores de Diabete Mellitus tipo 2 pela participação nas reuniões do grupo ativo de diabetes do PSF Fátima 1 no município de Sabará-MG
- Implantar e manter um sistema de registro dos níveis de glicemia capilar das pessoas portadoras de Diabete Mellitus tipo 2 no PSF Fátima 1 no município de Sabará-MG,
- Organizar e executar ações educativas a partir da realização de reuniões com as pessoas portadoras de Diabete Mellitus tipo 2 para discutir experiências vivenciadas no âmbito da área de abrangência PSF Fátima 1 no município de Sabará-MG
- Organizar e desenvolver, de forma colaborativa entre equipe multidisciplinar do PSF Fátima 1, atividades de capacitação dos profissionais para o manejo terapêutico, adoção de medidas para o controle adequado dos níveis glicêmicos e prevenção de complicações de Diabete Mellitus tipo 2.
- Desenvolver ações permanentes que possibilitem o trabalho efetivo da Equipe de Saúde da Família na motivação das pessoas portadoras de Diabete Mellitus tipo 2 para participar no grupo ativo de diabetes.

4 MÉTODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo observacional desenvolvido no Programa de Saúde da Família Fátima 1 do município de Sabará que visa fomentar a implantação do grupo ativo de pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus.

Os descritores usados para pesquisa bibliográfica foram: *diabetes mellitus, complicações do diabetes, epidemiologia, prevenção secundária*.

A Sociedade Brasileira de Diabetes em suas Diretrizes (SBD, 2009) caracteriza as ações de prevenção das complicações crônicas como “prevenção secundária”, sendo a prevenção primária àquela que visa evitar o desenvolvimento do próprio diabetes mellitus.

De acordo com este documento, a prevenção secundária inclui principalmente o controle rígido dos níveis glicêmicos, como comprovado pelo United Kingdom Prospective Diabetes Study de 1998. Outras medidas citadas nas Diretrizes da SBD são:

- tratamento da hipertensão arterial e da dislipidemia, o que reduz substancialmente o risco de complicações do DM,
- prevenção de ulcerações nos pés e de amputações de membros inferiores por meio de cuidados específicos que podem reduzir tanto a frequência quanto a duração de hospitalizações como a incidência de amputações em 50%,
- rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce da retinopatia, que apresenta grande vantagem do ponto de vista custo-efetividade, dada a importante repercussão nos custos diretos, indiretos e intangíveis da cegueira,
- rastreamento para microalbuminúria é um procedimento recomendável para prevenir ou retardar a progressão da insuficiência renal, permitindo intervir mais precocemente no curso da doença renal,
- medidas para reduzir o consumo de cigarro também auxiliam no controle do DM, visto que o tabagismo se associa de modo intenso ao mau controle desta patologia e causalmente a hipertensão e as doença cardiovascular em pessoas com ou sem DM.

Teremos como foco neste estudo o controle glicêmico adequado como forma de prevenção secundária. Consideraremos como adequadas as medidas de glicemia que se enquadrarem nos valores definidos pela Sociedade Brasileira de Diabetes como referência para bom controle do diabetes:

- Glicemia de jejum: <100 mg/dl

- Glicemia capilar pré-prandial: <110 mg/dl
- Glicemia capilar pós-prandial (2 horas após refeição): <140 mg/dl.

5 PROPOSTA DE AÇÃO

5.1- O grupo ativo

O grupo ativo de pacientes diabéticos terá início no presente mês e será divulgado pelas agentes comunitárias de saúde. Será atrelado à revisão e renovação de prescrições para manter a assiduidade dos pacientes. Os encontros ocorrerão semanalmente na quinta-feira de manhã na parte externa do posto de saúde e na recepção do posto em caso de mau tempo.

Participarão dos grupos os pacientes, a médica do PSF, o enfermeiro do PSF e as agentes comunitárias de saúde para melhorar também a capacitação da equipe em relação ao importante problema de saúde pública que é o diabetes mellitus.

A avaliação do controle glicêmico será realizada através da medida de glicemia capilar antes do início das atividades e o resultado será classificado como adequado ou inadequado de acordo com os valores preconizados pela SBD citados anteriormente.

Além da glicemia capilar será feita biometria e aferição de pressão arterial e serão discutidos temas de relevância para os pacientes diabéticos como orientações dietéticas e de exercícios físicos, autoexame dos pés, sinais precoces de complicações microvasculares crônicas, tabagismo, uso correto de anti-glicemiantes orais e insulina e outros tópicos que surgirem com a demanda dos participantes. Será feita uma breve apresentação do tópico pela médica ou pelo enfermeiro e posteriormente as dúvidas e discussões serão atendidas.

5.2- Recursos necessários

- Local para reunião dos pacientes, que ocorrerá na própria unidade básica de saúde, na área externa.
- Material didático para apresentação dos temas, como cartolinas, canetas e figuras. Como não há rede informatizada ou computadores na unidade o uso de recursos visuais digitais torna-se inviável.
- Glicosímetro e fitas para medida da glicemia capilar. Já possuímos este material no posto e foram fornecidos pela Secretaria de Saúde de Sabará.
- Auxílio de outros profissionais da área da saúde como educadores físicos e nutricionistas. A viabilidade desta ação ainda é questionável.

5.3- Cronograma e acompanhamento

O grupo ativo será realizado semanalmente na quinta-feira parte na da manhã. Em todos os encontros quando será medida a glicemia capilar do pacientes e será feita uma contagem do número de resultados adequados e inadequados segundo as Diretrizes da SBD, 2009.

A prescrição renovada terá a validade de dois meses para permitir que os pacientes retornem ao grupo antes do término do estudo, que se dará em quatro meses. Ao final dos quatro meses poderemos comparar os índices de glicemia adequada e inadequada no início e no final das atividades do grupo ativo.

O acompanhamento será feito pela médica do posto através da classificação dos valores glicêmicos e coleta dos dados de todos os encontros para análise ao final do estudo.

6 RESULTADOS ESPERADOS:

Considerando os atendimentos prévios dos pacientes diabéticos no Hiperdia esperamos um controle glicêmico adequado em uma parcela pequena na população adscrita inicialmente.

Esperamos com a realização do grupo ativo obter um número crescente de valores de glicemia capilar considerados adequados segundo os padrões definidos neste estudo. Objetivamos que, ao comparar os dados do início das atividades do grupo ativo e do final tenhamos um controle glicêmico mais satisfatório na população alvo deste estudo, prevenindo-a assim de complicações microvasculares crônicas do diabetes mellitus.

7 CONCLUSÕES:

O controle glicêmico rígido é uma medida essencial na prevenção das complicações microvasculares crônicas do diabetes mellitus e é de fácil acesso no ambiente ambulatorial.

A criação do grupo de diabéticos estabelece um acompanhamento clínico e laboratorial regular destes pacientes e permite a transmissão de orientações em relação às mudanças de estilo de vida e alimentação adequada em conjunto com outros profissionais da área da saúde (nutricionistas, educadores físicos) que culminam em melhor controle glicêmico e qualidade de vida para estes pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo 2010** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 10 abr. 2013.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3ed. Itapevi, SP. 2009.

MORAIS, G.F.C. *et al.* O Diabético Diante do Tratamento, Fatores de Risco e Complicações Crônicas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v 17(2), p 240-5, 2009

PACE, A.E. *et al.* Fatores De Risco Para Complicações Em Extremidades Inferiores De Pessoas Com Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Enferm.** v.55, n.5, p.514-521, 2002.

SABARÁ. Prefeitura Municipal de Sabará. **Jornal digital**. Disponível em: - <http://www.sabara.mg.gov.br/jornaldigital/>. Acesso 10 abr.2013.

SABARÁ NET. http://www.sabaranet.com.br/municipio_regioes.asp Acesso 10 abr.2013.