

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

PAULIANE FIGUEIREDO BARBOZA SARKIS

**AUDITORIA CLÍNICA DOS PACIENTES DIABÉTICOS DA ESF
AMARELA DO CENTRO DE SAÚDE NOVA YORK, BH**

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS
2013

PAULIANE FIGUEIREDO BARBOZA SARKIS

**AUDITORIA CLÍNICA DOS PACIENTES DIABÉTICOS DA ESF
AMARELA DO CENTRO DE SAÚDE NOVA YORK, BELO
HORIZONTE/MG**

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 Certificado de
Especialista.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

PAULIANE FIGUEIREDO BARBOZA SARKIS

**AUDITORIA CLÍNICA DOS PACIENTES DIABÉTICOS DA ESF
AMARELA DO CENTRO DE SAÚDE NOVA YORK, BELO
HORIZONTE/MG**

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 Certificado de
Especialista.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

Banca Examinadora:

Ms Fernanda Carolina Camargo

Ms Maria Dolôres Soares Madureira

Orientadora

UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em 08/06/2013.

A motivação para trabalhar na saúde da família vem do desafio diário que vai além do atendimento clínico individual. Buscar entender o indivíduo dentro da família e da comunidade em que ele vive, suas relações neste meio e a influência destes diversos fatores no processo saúde-doença.

Pauliane Figueiredo

Dedico com muito amor este trabalho ao meu filho Joaquim Paulo.

AGRADECIMENTOS

Tudo agradeço a Deus, em especial minha existência com saúde, paz, luz, sabedoria e inteligência, e todas as bênçãos em minha vida. Aos meus pais e minha irmã, pela confiança, incentivo e apoio. Aos meus parentes e amigos, as orações e carinho, em especial a minha prima Nair e minha tia Dirce que tanto me ajudaram com os cuidados com o meu filho Joaquim Paulo, principalmente quando eu precisava estar ausente. Ao meu marido Cláudio, a paciência, o amor, o companheirismo e os ensinamentos. Aos meus amigos, a força. Aos professores, os ensinamentos, em especial minha orientadora Ms. Fernanda Carolina Camargo. Aos coordenadores, secretários e aos tutores do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família/UFMG, pelo apoio e estrutura nessa jornada de revoluções do conhecimento. Aos pacientes, a confiança. Aos amigos da equipe de Saúde da Família Amarela do Centro de Saúde Nova York, a confiança, o esforço, a colaboração e a competência.

RESUMO

Mudanças sociodemográficas contemporâneas apresentam impacto na saúde pelo estilo de vida e envelhecimento. Elevando, assim, morbimortalidade por doenças como Diabetes Mellitus, sendo este agravo sensível às intervenções da atenção básica, nas equipes de saúde da família (eSF). Presente estudo trata-se de relato de experiência que descreve realização de auditoria clínica em usuários portadores de Diabetes Mellitus acompanhados pela eSF Amarela do Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2012. Trabalho foi organizado a partir do desenvolvimento das atividades do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, envolveu descrição da rotina da equipe de saúde, etapas do planejamento estratégico em saúde, como diagnóstico situacional e a implementação da própria experiência, observação ativa, levantamento de dados secundários, reunião com equipe e entrevista com comunidade apontaram Diabetes Mellitus como problema no território. Manejo do agravo pela equipe apontou fragilidades na cobertura assistencial, cadastramento de 41,48% dos diabéticos estimados na população adscrita, captados 14,37% dos diabéticos adultos e 67,92% dos idosos. Processo de auditoria consistiu em selecionar aleatoriamente prontuários (n=50); identificar realização de exames essenciais, conforme padronizações do Ministério da Saúde: pressão arterial, glicohemoglobina, fundoscopia, dosagem de microalbuminúria, creatinina, exame dos pés e odontológico; e frequência de acompanhamentos multidisciplinar. Definiu-se estratégias para qualificar a assistência, incluindo melhora na qualidade dos registros, instrumentos para busca ativa e compartilhamento dos casos entre equipe multidisciplinar. Dessa maneira, presente relato apresenta-se como experiência para qualificação do cuidado aos portadores de *Diabetes Mellitus* na Saúde da Família.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Avaliação de Processos. Programa Saúde da Família

ABSTRACT

Contemporary sociodemographic changes have an impact on health through lifestyle and aging. Therefore makes mortality by diseases such as Diabetes Mellitus, and this grievance sensitive to primary care interventions in family health teams (eSF). Present study it is an experience report that describes conducting clinical audit in users with diabetes mellitus accompanied by eSF Yellow Health Center New York, Belo Horizonte / MG, 2012. Work was organized from the development activities of the Specialization Course in Primary Care and Family Health, involved description of routine health team, stages of strategic planning in health as situational diagnosis and implementation of their own experience. Active observation, collection of secondary data, team meetings and interviews with community pointed Diabetes Mellitus as a problem in the territory. Management of the disease by the team pointed out weaknesses in the coverage of care, registration of 41.48% of the estimated diabetic population registered, captured 14.37% of adult diabetics and 67.92% of the elderly. Audit process was to randomly select records (n = 50); identify examinations essential as standards for the Ministry of Health: blood pressure, glycohemoglobin, fundoscopy, measurement of microalbuminuria, creatinine, and dental examination of the feet, and frequency of follow-ups multidisciplinary. Set up strategies to qualify for assistance, including improved quality of records, tools for searching and sharing of active cases among multidisciplinary team. Thus, this report presents itself as qualifying experience for the care of diabetic patients in the Family Health.

Keywords: Diabetes Mellitus. Process Assessment. Family Health Program

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

- Figura 1.** Área de abrangência do Centro de Saúde Nova York, distrito Venda Nova, BH, dividido em 04 ESF (Amarela, Marrom, Azul e Verde) pág. 18
- Tabela 1.** Distribuição demográfica, segundo sexo e faixa etária, dos usuários cadastrados na área de abrangência da ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011. pág. 19
- Tabela 2.** Distribuição demográfica, segundo sexo e faixa etária, conforme microárea dos usuários cadastrados na área de abrangência da ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011. pág. 20
- Tabela 3.** Caracterização das modalidades de saneamento entre as famílias cadastradas na área de abrangência da ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011 pág. 21
- Tabela 4.** Distribuição de condições e agravos de saúde conforme prevalência na população cadastrada na ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011. pág. 21
- Tabela 5.** Distribuição de indicadores de captação de usuários portadores de HAS e/ou DMS cadastrados na ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011. pág. 23

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO | 11 |
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 OBJETIVOS | 14 |
| 2.1 Geral | 14 |
| 2.2 Específicos | 14 |
| 3 CAMINHOS METODOLÓGICOS | 15 |
| 4 RESULTADOS | 17 |
| 4.1 APRESENTANDO A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AMARELA DO CENTRO DE SAÚDE NOVA YORK | 17 |
| 4.2 O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS PACIENTES ACOMPANHADOS PELA ESF AMARELA, CENTRO DE SAÚDE NOVA YORK | 19 |
| 4.3 RELATANDO A EXPERIENCIA | 22 |
| 5 DISCUSSÃO | 26 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 28 |
| REFERÊNCIAS | 29 |

APRESENTAÇÃO

Como médica generalista, graduada em dezembro de 2009 pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, tenho trabalhado na Saúde da Família desde fevereiro de 2010, equipe Saúde da Família (ESF) Amarela do Centro de Saúde Nova York, distrito Venda Nova, Belo Horizonte.

Com interesse em aperfeiçoar conhecimentos e habilidades para a gestão dos casos em saúde, a fim de melhorar a cada dia minha prática na atenção primária a saúde, oferecendo uma assistência de qualidade aos usuários, realizei o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). Destaco essa experiência como uma grande oportunidade para contribuir para o alcance deste objetivo.

A motivação para trabalhar na saúde da família vem do desafio diário que vai além do atendimento clínico individual. Busco entender o indivíduo dentro da família e da comunidade em que ele vive, suas relações neste meio e a influência destes diversos fatores no processo saúde-doença.

A abordagem ao problema dos usuários portadores de *Diabetes Mellitus (DM)* se deve pela sua magnitude observada na prática cotidiana, junto à equipe de saúde na atenção aos nossos usuários cadastrados. Declaro que é um dos problemas de saúde mais comumente abordado pelo médico de família.

Trata-se de uma doença crônica e evolutiva, que pode culminar em diversas complicações, sendo que o acompanhamento e a abordagem adequada contribuem com efeito para minimizá-las. Neste sentido, é essencial que a prática clínica esteja apoiada nas recomendações clínicas atualizadas. Mas, diante a complexidade das abordagens na saúde da família, por meio deste trabalho de conclusão de curso, venho apresentar a experiência da equipe onde atuo para qualificar/otimizar a atenção à saúde aos portadores deste agravo, a fim de contribuir para o fortalecimento da Saúde da Família no manejo desses casos, no sentido da qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 definiu a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema foi o resultado da Reforma Sanitária, que buscava a construção de um sistema universal de saúde para o país. O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade (COELHO, 2009).

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado como estratégia para reorganização da atenção básica (MENDONÇA, 2009; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2010). No PSF, a família torna-se o foco principal, sendo entendida dentro do ambiente em que vive, permitindo melhor compreensão do processo saúde-doença. Articulam-se família, indivíduo e comunidade de um território definido, realizando ações para promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação (BRASIL, 2012).

Nas últimas décadas, a humanidade tem observado e participado de um processo de mudanças demográficas, econômicas, sociais, políticas e culturais, que interferem direta e indiretamente, positiva e/ou negativamente no processo saúde-doença (BRASIL, 2008).

O acesso facilitado a condições maiores de consumo associa-se ao desenvolvimento de padrões comportamentais, como por exemplo, sedentarismo e alimentação rica em carboidratos, lípidos e sódio, contribuindo a cada dia para o crescimento da importância das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) dentro dos problemas de saúde pública enfrentados em todos os países (BRASIL, 2008; OPAS, 2010).

As DCNT são conceituadas pela OMS como as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*; além disso, inclui também as doenças que trazem sofrimento para os indivíduos, famílias e sociedade, como desordens mentais e neurológicas, doenças bucais, ósseas, articulares, genéticas, oculares e auditivas (BRASIL, 2004; OPAS, 2010).

As doenças primeiramente citadas possuem, como características comuns, a existência de diversas etiologias (muitas vezes, não bem definidas), múltiplos fatores de risco (não modificáveis e modificáveis/comportamentais), levam muitos anos para se manifestarem completamente e a emergência delas tem influência de condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais e podem evoluir para incapacidade e deficiência funcional (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

Dessa forma, as DCNT e suas complicações são responsáveis por elevados custos econômicos, fazendo-se necessária a implementação de ações efetivas para controle e redução do crescimento destas doenças, através de políticas e sistema de saúde integrados e integrais, que fortaleçam as medidas de promoção da saúde, prevenção das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2008).

Uma atenção primária à saúde qualificada pode evitar ou reduzir as hospitalizações conseqüentes a diversas condições de saúde, em especial as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo este nível de atenção capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE *et al.*, 2009; OPAS, 2010).

O DM é um dos cinco principais problemas manejados pelo médico de família e comunidade e, como a possibilidade de associação de HAS e DM é de aproximadamente 50%, faz-se muitas vezes necessário o manejo das duas doenças em um mesmo paciente. No Brasil, o DM é responsável por aproximadamente 5% da taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária à saúde (APS) (TAKEDA, 2004; ALFRADIQUE *et al.*, 2009; BRASIL, 2008).

Pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam, destacam-se dentro das DCNT, a Hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus, tornando-se um desafio para o SUS a adequada abordagem destas doenças, possibilitando a prevenção de suas complicações, além de proporcionar qualidade de vida aos pacientes (BRASIL, 2008; OPAS, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Descrever a experiência da realização de auditoria clínica em usuários portadores de Diabetes Mellitus acompanhados pela ESF Amarela do Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG.

2.2. Objetivos Específicos:

Apresentar o diagnóstico situacional de saúde da ESF Amarela e o acompanhamento aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) como problemas prioritários

Relatar a experiência de auditoria clínica aos usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM) como estratégia de qualificação do acompanhamento fornecido pela ESF Amarela.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um relato da experiência sobre realização de auditoria clínica em usuários portadores de Diabetes Mellitus acompanhados pela equipe de saúde da família Amarela, Centro de Saúde Nova York, BH, realizada em janeiro de 2012.

Enfatiza-se que a auditoria clínica é uma ferramenta que permite conhecer o que realmente ocorre na prática da equipe comparando com padrão de qualidade estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. É realizada pelos próprios profissionais, permitindo a identificação dos pontos fracos e gerando oportunidade para planejar melhorias nas condutas clínicas, no processo de trabalho, na utilização de recursos, entre outros aspectos (PBH, 2011).

Para retratar a experiência vivenciada, o presente estudo será organizado três seções. A primeira parte, intitulada “*apresentando a equipe de saúde da família amarela do centro de saúde Nova York*”, contextualizando a rotina de trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF) Amarela do Centro de Saúde Nova York à organização da Atenção Básica do município de Belo Horizonte. Para a realização desta apresentação, foram utilizadas informações da Prefeitura de Belo Horizonte (levantamento local pela ESF, registros do Censo BH Social, SIAB e produto final da 3ª Oficina de Qualificação da Atenção Primária PBH). Vale ressaltar que essa caracterização das atividades da ESF junto a Atenção Básica compõem uma das atividades do módulo Processo de Trabalho da Unidade Didática I do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFMG) (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2010).

A segunda parte do relato de experiência, “*O diagnóstico da situação de saúde dos pacientes acompanhados pela ESF amarela, Centro de Saúde Nova York*”, consiste na apresentação do diagnóstico situacional de saúde da ESF Amarela. A elaboração desse diagnóstico se desenvolveu pela aplicação da técnica da estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) que constitui em: análise de dados secundários, observação direta e entrevista com informantes-chave. Os dados secundários apresentados foram obtidos pelos relatórios mensais produzidos pela equipe consolidados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), referentes ao acompanhamento das famílias cadastradas para o ano 2011, foram tabulados conforme a frequência absoluta e relativa/percentagem. Ressalta-se que a realização do diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da ESF também compõem uma das

atividades propostas no módulo de Planejamento e avaliação das ações de Saúde da Unidade Didática I do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFMG) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A terceira parte, caracterizada pelo relato da experiência em si – intitulada como “*relatando a experiência*”, apresenta uma descrição sistematizada pela autora sobre como se desempenhou o processo de realização da auditoria clínica nos usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM) acompanhados pela ESF Amarela, e os principais resultados alcançados. Ao final da descrição da experiência, a autora faz uma discussão entre a realidade vivenciada e o conhecimento identificado na literatura contemporânea sobre acompanhamento aos portadores de HAS e/ou DM na Atenção Básica. Para fundamentar a discussão, a autora recorre ao levantamento bibliográfico em base eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>), em publicações oficiais e documentos ministeriais brasileiros sobre o tema, além de recorrer aos módulos específicos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFMG).

4. RESULTADOS

4.1. APRESENTANDO A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AMARELA DO CENTRO DE SAÚDE NOVA YORK

O Município de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, possui uma área de aproximadamente 330Km², geografia diversificada com morros e baixadas, abrigando uma população de 2.375.444 habitantes, segundo censo 2010 (IBGE, 2010). É dividido em nove distritos sanitários/administrações regionais: Barreiro, Centro-sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (PBH, 2013).

A regional Venda Nova tem 301 anos (187 anos mais velha que Belo Horizonte), está localizada ao norte do município. Faz limite com os municípios de Vespasiano e Ribeirão das Neves, tem uma área de aproximadamente 28,3Km², densidade demográfica de 8670,58 habitantes/Km², mantendo ainda um padrão de moradia horizontalizado, sendo que as casas ainda representam 89% das habitações. Existem 16 Centros de Saúde nesta regional, sendo um deles o Centro de Saúde Nova York (PBH, 2013).

O Centro de Saúde Nova York foi construído no ano 2000 em um terreno íngreme, devido ao relevo muito acidentado do bairro, e sua área de abrangência faz divisa com os distritos da Pampulha e Norte, além dos municípios de Vespasiano, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. Funciona de 7h às 19h, atendendo a uma população de aproximadamente 13.000 habitantes, através de profissionais distribuídos entre quatro equipes de saúde da família, três equipes de saúde bucal, trabalhadores para o controle de endemias (Zoonose), NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), uma equipe de apoio (médicos: clínico, pediatra e ginecologista, psicóloga, assistente social e técnicos em enfermagem de apoio), profissionais administrativos e uma gerente. Dentre as atividades desenvolvidas na unidade estão: reuniões de equipe semanalmente, nas quais participam toda a ESF, saúde bucal, agente de controle de endemias; reuniões mensais de matriciamento com psicóloga, assistente social e NASF; reuniões mensais de comissão local de saúde, colegiado gestor e regulação.

A equipe Amarela (ESF 04) do Centro de Saúde Nova York, assim como as outras três ESF da unidade, é composta por uma médica generalista, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, cada um responsável por uma das cinco microáreas da área de abrangência. Seus profissionais trabalham das 7h às 16h, atendem a uma população de aproximadamente 3100 habitantes, fazendo atendimentos programados,

atividades de grupos, atendimento a demanda espontânea, teleconsultorias e participando de teleconferências, reuniões e capacitações.

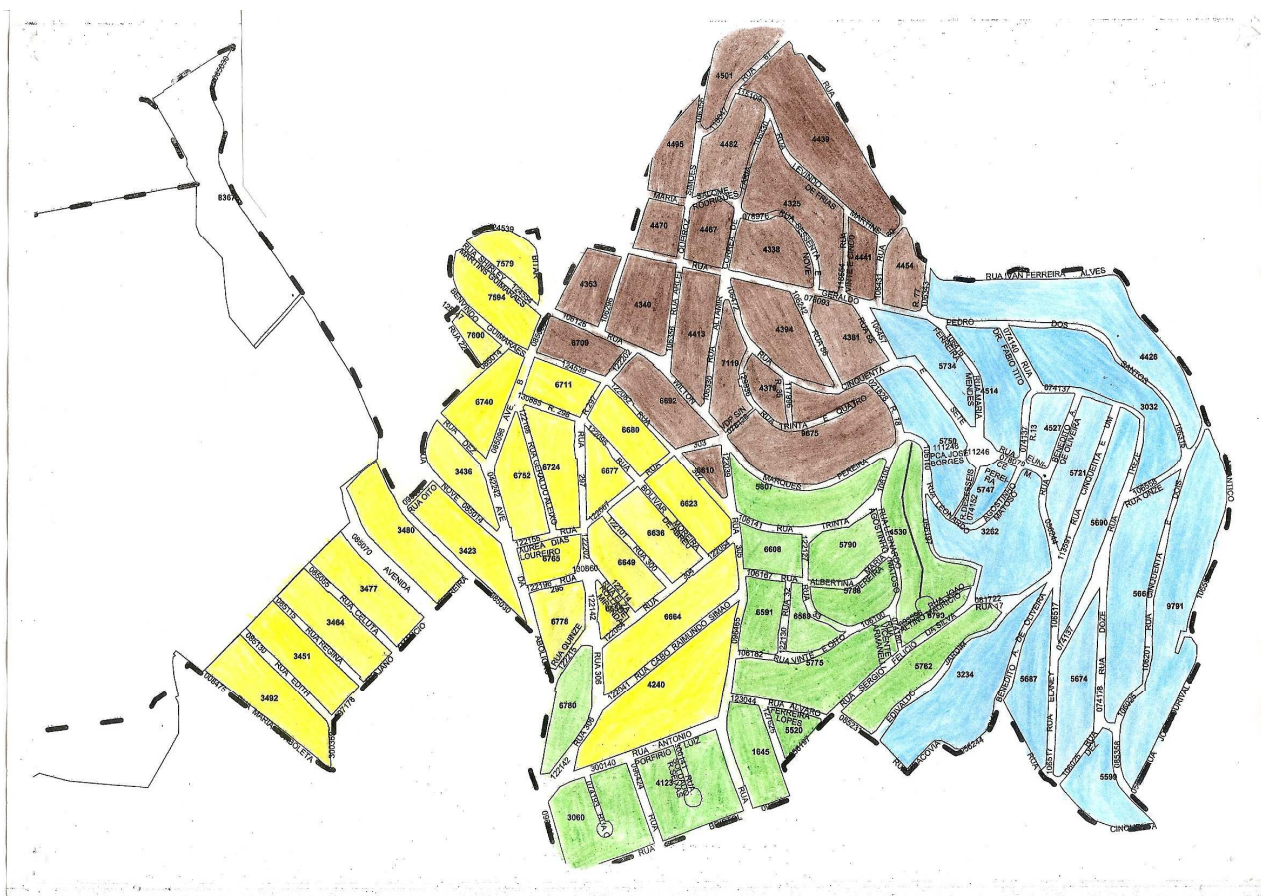


Figura 1. Área de abrangência do Centro de Saúde Nova York, distrito Venda Nova, BH, dividido em 04 ESF (Amarela, Marrom, Azul e Verde).

4.2. O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS PACIENTES ACOMPANHADOS PELA ESF AMARELA, CENTRO DE SAÚDE NOVA YORK

O diagnóstico situacional de saúde de 2011 da ESF Amarela do Centro de Saúde Nova York foi elaborado utilizando dados do levantamento local pela ESF, dos registros do Censo BH Social, SIAB e do produto final da 3º Oficina de Qualificação da Atenção Primária PBH (PBH, 2011).

A população cadastrada na ESF Amarela é composta por 3.132 habitantes, distribuídos em 937 famílias, no ano de 2011, com média de 3,36 habitantes/domicílio. A maior parte da população é economicamente ativa faixa etária de 20 a 49 anos, sendo 11,95% com 60 anos ou mais e 6, 12% de menores de cinco anos (Tabela 01). (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2011).

Tabela 1. Distribuição demográfica, segundo sexo e faixa etária, dos usuários cadastrados na área de abrangência da ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011.

| Faixa etária | Masculino | | Feminino | | Total | |
|----------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|
| | (n) | % | (n) | % | (n) | % |
| Menor de 1 ano | 14 | 0,91 | 30 | 1,88 | 44 | 1,40 |
| 1 a 4 anos | 76 | 4,95 | 72 | 4,51 | 148 | 4,72 |
| 5 a 9 anos | 118 | 7,68 | 88 | 5,51 | 206 | 6,58 |
| 10 a 14 anos | 132 | 8,59 | 110 | 6,89 | 242 | 7,73 |
| 15 a 19 anos | 112 | 7,29 | 118 | 7,39 | 230 | 7,34 |
| 20 a 49 anos | 770 | 50,13 | 823 | 51,57 | 1593 | 50,86 |
| 50 a 59 anos | 130 | 8,45 | 165 | 10,34 | 295 | 9,42 |
| 60 anos e + | 184 | 12,00 | 190 | 11,91 | 374 | 11,95 |
| <i>Total</i> | <i>1536</i> | <i>49</i> | <i>1596</i> | <i>51</i> | <i>3132</i> | <i>100</i> |

A ESF Amarela atua em uma área de abrangência de risco social elevado, pois apresenta moradores com fragilidades socioeconômicas. A área é considerada de risco social elevado pois 80% da população adscrita possui nível de escolaridade com ensino fundamental completo, apenas 10% da população concluíram o ensino médio, e os demais 10% são analfabetos. A maioria vive com renda familiar mínima, de 01 a 02 salários mínimos, sendo que 120 (12,80%) famílias recebem o benefício Bolsa Família.

Conforme a distribuição demográfica por microáreas, a média de habitantes cadastrados é de 634,80, sendo que a microárea 1 apresenta o maior número de cadastros devido ao maior número de pessoas/família, tendo uma população em idade reprodutiva mais expressiva que na microárea 7. Esta, por sua vez, apresenta o menor número de pessoas cadastradas devido menor número de pessoas/família. (Tabela 2). As microáreas que concentram maior número de famílias em risco social são as microáreas 6, 7 e 8.

Tabela 2. Distribuição demográfica, segundo sexo e faixa etária, conforme microárea dos usuários cadastrados na área de abrangência da ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011.

| Faixa Etária | Micro 1 | Micro 2 | Micro 6 | Micro 7 | Micro 8 | Total |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Menor de 1 ano | 11 | 4 | 3 | 22 | 4 | 44 |
| 1 a 4 anos | 44 | 25 | 41 | 2 | 23 | 135 |
| 5 a 9 anos | 53 | 35 | 42 | 29 | 47 | 206 |
| 10 a 14 anos | 66 | 39 | 56 | 22 | 72 | 255 |
| 15 a 19 anos | 65 | 45 | 48 | 22 | 50 | 230 |
| 20 a 49 anos | 406 | 301 | 322 | 257 | 307 | 1593 |
| 50 a 59 anos | 52 | 61 | 62 | 44 | 76 | 295 |
| 60 anos e + | 86 | 80 | 57 | 96 | 55 | 374 |
| Total | 825 | 590 | 631 | 494 | 634 | 3132 |

As características geográficas e ambientais da área de abrangência da ESF Amarela apontam para relevo acidentado com existência de morros acentuados e escadões, além de um córrego a céu aberto, sendo que 05 ruas estão a margem deste córrego que atravessa as 05 microáreas da equipe. Quanto à infraestrutura e urbanização, existem 04 ruas sem asfaltos, que são as ruas nas proximidades do córrego, estando presente nas 05 microáreas; o acesso a transporte público e presença de malha viária ocorre em toda a área de abrangência. O saneamento na área de abrangência da ESF amarela, 100% das famílias com abastecimento de água, 93,48% com tratamento de esgoto e 100% de famílias com coleta pública de lixo (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização das modalidades de saneamento entre as famílias cadastradas na área de abrangência da ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011.

| Modalidade | Micro 1 | Micro 2 | Micro 6 | Micro 7 | Micro 8 | Total | (%) |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|--------|
| Abastecimento de água por rede geral | 178 | 212 | 151 | 178 | 218 | 937 | 100,00 |
| Rede geral de esgoto | 178 | 212 | 118 | 150 | 218 | 876 | 93,48 |
| Sem instalação sanitária | 0 | 0 | 33 | 28 | 0 | 61 | 6,51 |
| Coleta pública de lixo | 178 | 212 | 151 | 178 | 218 | 937 | 100,00 |

Sobre os equipamentos sociais da área, existem 04 igrejas evangélicas, 01 escola infantil particular e 01 escola estadual. Os outros equipamentos e serviços disponíveis na área de abrangência são: 03 mercearias, 01 padaria, 02 salões de beleza, 01 depósito de bala de O2, 06 bares, 01 depósito de material de construção, 02 mercearias, 01 lava-jato.

As morbidades prevalentes na área são doenças crônicas não transmissíveis: a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de condições e agravos de saúde conforme prevalência na população cadastrada na ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011.

| Morbidade | (n) | (%) |
|----------------------|-----|-------|
| Alcoolismo | 30 | 0,96 |
| Deficiência | 06 | 0,19 |
| Diabetes | 125 | 3,99 |
| Hipertensão Arterial | 415 | 13,25 |
| Tuberculose | 0 | 0 |
| Hepatite | 04 | 0,13 |
| Sífilis | 01 | 0,03 |
| Gestantes | 24 | 0,77 |
| Diabetes gestacional | 03 | 0,09 |
| Hanseníase | 0 | 0 |
| HIV | 03 | 0,09 |
| Câncer | 06 | 0,19 |

4.3. RELATANDO A EXPERIENCIA

Durante o desenvolvimento do CEABSF, uma das atividades desenvolvidas no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde a aplicação do Planejamento Estratégico em Saúde para a organização de uma proposta assistencial na ESF. Para tanto, na área de abrangência da ESF Amarela, foi realizado o diagnóstico situacional, pela implementação da técnica da estimativa rápida.

Em reunião de equipe para discutir os dados levantados, e a partir da observação ativa na comunidade, os integrantes da ESF Amarela destacaram como principais problemas da área: violência, uso e tráfico de drogas, falta de opções de lazer, esgoto a céu aberto, relevo acidentado dificultando o acesso ao Centro de Saúde e a prática de atividade física, baixos indicadores de cobertura de HAS e DM.

A entrevista com informantes chave na comunidade apontou como problemas principais aspectos semelhantes aos destacados pela observação ativa da equipe como esgoto a céu aberto, relevo acidentado dificultando o acesso ao Centro de saúde e atividade física, mas destacando principalmente a violência e uso e tráfico de drogas, que trazem insegurança para a comunidade.

Conforme os resultados apresentados no diagnóstico da situação de saúde da ESF Amarela, a questão que tange a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e o acompanhamento dos portadores desses agravos, denota-se como importante para a equipe de saúde. Tendo em vista a elevada prevalência dos agravos na área de abrangência da ESF e indicadores de cobertura assistencial fragilizados quanto a captação dos portadores desses agravos.

Sobre o acompanhamento dos portadores de HAS e DM cadastrados, observa-se que o levantamento dos dados apontou fragilidades na captação desses usuários (Tabela 5). Observa-se que pacientes captados: aqueles atendidos na área em um período; Hipertensos adultos estimados: 25,8% da população com idade superior ou igual a 25 anos; Diabéticos adultos estimados: 12% da população com idade de 30 a 59 anos; Hipertensos idosos

estimados: 52,5% da população com idade superior a 60 anos; Diabéticos idosos estimados: 20% da população com idade superior a 60 anos (PBH, 2011).

Tabela 5. Distribuição de indicadores de captação de usuários portadores de HAS e/ou DMS cadastrados na ESF Amarela, Centro de Saúde Nova York, Belo Horizonte/MG, 2011.

| Indicador | (n) | (%) |
|------------------------------|------------|------------|
| Hipertensos Cadastrados | 415 | 65,84% |
| Hipertensos adultos captados | 106 | 29,44% |
| Hipertensos idosos captados | 101 | 72,66% |
| Diabéticos cadastrados | 125 | 41,48% |
| Diabéticos adultos captados | 24 | 14,37% |
| Diabéticos idosos captados | 36 | 67,92% |

Vale ressaltar que os dados apresentados sofrem variações relacionadas à qualidade das informações no preenchimento de planilhas, a alimentação do sistema eletrônico relacionada à perda de dados durante a digitação. Mas, mesmo assim seus resultados permitiram a equipe refletir sobre o acompanhamento desses pacientes, um princípio para a avaliação da qualidade da assistência prestada à população adscrita portadora dos agravos referidos, em especial por HAS e/ou DM serem doenças crônicas de elevada incidência, que apresentam riscos de complicações e mortalidade, trazendo grave prejuízo às condições de vida de seus portadores, dos familiares e da sociedade (BRASIL, 2004). Além do mais, a maior parte das complicações e sequelas incididas por HAS e/ou DM podem ser evitadas ou minimizadas por um acompanhamento sistemático e de qualidade realizado por equipes de saúde que atuam na Atenção Básica, através da Saúde da Família (BRASIL, 2008; WOORAL; KNIGHT, 2011; BRASIL, 2012).

Dessa maneira, justifica-se o presente estudo que buscou promover uma experiência para a melhoria no acompanhamento dos portadores DM associados ou não a hipertensão cadastrados na ESF Amarela do Centro de Saúde Nova York, em Belo Horizonte/MG, no ano de 2012.

O problema em questão se define frente ao cadastramento apenas de 41,48% dos diabéticos estimados na população adscrita, captado apenas 14,37% dos diabéticos adultos e 67,92% dos idosos portadores do agravo. A equipe de saúde considera que uma cobertura assistencial para esse grupo de risco seria em torno de 100% de todos os indicadores (Tabela 5).

Os profissionais da equipe envolvidos na realização da auditoria foram a médica, a enfermeira e os dois técnicos em enfermagem que a compõem, pela facilidade no acesso aos prontuários dos pacientes para o levantamento das informações.

No desenvolvimento assistencial, foram escolhidos aleatoriamente 50 pacientes diabéticos moradores da área de abrangência da equipe e que faziam acompanhamento clínico na unidade.

Elaborou-se uma planilha com características relevantes para o acompanhamento ideal do paciente diabético seguindo as recomendações de diretrizes atuais. As informações foram obtidas a partir dos registros no prontuário (eletrônico e/ou manual) das consultas realizadas em 2011. Após, foi realizada reunião para análise e discussão dos resultados, retratando a prática da equipe no acompanhamento do paciente diabético.

As informações auditadas contidas na planilha foram:

- a) realização da dosagem sanguínea de glicohemoglobina nos últimos 06 meses,
- b) níveis de glicohemoglobina (<7,0%, entre 7,1% e 8,5%, entre 8,6% e 9,9% e >10%),
- c) valores da pressão arterial (<130x85mmHg e >140x90mmHg),
- d) realização no último ano de: fundoscopia, dosagem de microalbuminúria, *Clearance* de creatinina, exame dos pés (inspeção e/ou monofilamento de 10g) e exame odontológico.

Apesar da ESF Amarela ser engajada e capacitada em seguir as diretrizes clínicas, as informações obtidas nesta auditoria clínica apontaram diversas fragilidades assistenciais no acompanhamento aos diabéticos pela equipe. De acordo com os registros, verificamos que 76% dos pacientes realizaram o exame de dosagem sanguínea de glicohemoglobina no último ano e que destes, apenas 55,26% apresentavam DM2 bem controlado, com níveis de glicohemoglobina <7%. Quanto ao controle da pressão arterial, 58% apresentavam níveis adequados de PA na última consulta.

Com relação aos exames de realização anual, as informações mostraram acompanhamento ainda mais insatisfatório. Apenas 14% dos pacientes haviam realizado fundoscopia no último

ano, 10% realizaram dosagem de microalbuminúria, 04% realizaram ou tiveram calculado o *Clearance* de creatinina e nenhum paciente foi submetido a exame dos pés e odontológico.

A ESF Amarela se reuniu posteriormente para aventar possíveis causas para os problemas identificados e propor planos de ação para resolvê-los. As causas citadas foram: registro inadequado dos dados nos prontuários (eletrônico e/ou manual), não seguimento pelos profissionais (médica e/ou enfermeira) de todas as recomendações das diretrizes clínicas, não adesão do paciente ao seu próprio tratamento (não realizam propedêutica solicitada), tempo de consulta insuficiente para fazer avaliação completa do paciente diabético e não realização de busca ativa dos pacientes diabéticos que não estão fazendo acompanhamento regular na unidade de saúde.

As propostas de intervenção apresentadas pela equipe para melhoria do acompanhamento dos diabéticos foram:

- a) criação de um arquivo rotativo de pacientes diabéticos com hipertensão associada ou não, pois permitiria a identificação de pacientes faltosos no acompanhamento e da propedêutica a ser realizada;
- b) a realização de atendimento compartilhado com equipe multiprofissional, facilitando o acesso a outros profissionais e procedimentos, minimizando o tempo de atendimento e melhorando a adesão do paciente ao tratamento/acompanhamento;
- c) melhorar a qualidade das anotações registradas no prontuário pelos profissionais envolvidos.

No cotidiano das ações de saúde, essas atividades vêm sendo desempenhadas. E, pela percepção da equipe, a ordenação do processo de trabalho vem possibilitando um melhor manejo da demanda dos usuários portadores de DM. Tem ocorrido maior sintonia entre os integrantes da equipe na gestão desses casos, propiciando melhor acolhimento dos usuários portadores de DM na UBS, integração oportuna ao acompanhamento médico e supervisão por parte da equipe de enfermagem, como relacionado aos ACSs. Em estudos futuros, poderão ser aferidos os impactos da assistência, considerando indicadores de morbimortalidade do agravo para o território adscrito.

5. DISCUSSÃO

Atualmente, há maior necessidade em propiciar atenção diferenciada a saúde, qual cada vez mais esteja aproximada as propostas da Estratégia Saúde da Família. No que tange ao acompanhamento aos portadores de Diabetes Mellitus, a atenção não deve ser encarada somente como uma assistência fragmentada e medicalizadora, mas como um trabalho complexo, subjetivo e relacional, entre os sujeitos, seus familiares e a equipe de saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; MENDONÇA, 2009; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2010).

O trabalho é multiprofissional, pois a estratégia se desenvolve por equipes de saúde compostas por, no mínimo, 01 médico generalista, equipe de enfermagem: enfermeira generalista e até 02 técnicos de enfermagem, de 04 a 06 agentes comunitários de saúde, trabalhadores de saúde bucal. Prestam assistência para em torno de 800 a 1000 famílias adscritas às Unidades Básicas de Saúde, referentes a uma área de abrangência, de território delimitado (FARIA *et al.*, 2010; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010; BRASIL, 2012).

Frente a essa realidade, é esperada a reordenação das práticas cotidianas das equipes das UBS, a fim de transformar o modelo assistencial, e atuar em direção a propostas de intervenção que considerem essencialmente projetos terapêuticos que realizem a defesa da vida dos sujeitos envolvidos (FARIA *et al.*, 2010).

A ESF é capaz de fortalecer a equidade em saúde, pois através dessa estratégia é possível a superação das desigualdades sociais e em saúde, nos diferentes contextos, conforme as realidades locais (FARIA *et al.*, 2010; BRASIL, 2012). Com a ESF, busca-se reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde; por uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo reorientador do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde, fortalecedora do SUS (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

A Saúde da Família hoje ultrapassou, em muito, os limites de um programa e é uma política do Estado brasileiro, estando na agenda dos gestores do SUS como prioridade nacional para ordenação da assistência. Hoje são 29.678 equipes de saúde da família, 229.572 agentes comunitários e 18.220 equipes de saúde bucal, uma especificidade do modelo brasileiro de organização da atenção primária a saúde (MENDONÇA, 2009).

A ESF vem trazendo impacto diferenciado nas condições de vida e de saúde das populações, em especial por priorizar aquelas em situação de risco social. De maneira que as técnicas utilizadas para executar o trabalho na ESF precisam amparar na realidade local, na construção de um fazer consistente que implique na melhoria dos indicadores de saúde da comunidade, obtendo a satisfação da população atendida e da equipe que executa a proposta (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2010; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; MENDONÇA, 2009).

Na Saúde da Família alguns grupos são evidenciados como áreas estratégicas para a atuação da equipe, o controle do Diabetes Mellitus destaca-se como uma dessas prioridades. Frente a essa realidade, a saúde da família impõe um fortalecimento da atenção básica em saúde, incrementando sua capacidade resolutiva, para que seja possível resolver além dos 85% dos problemas de saúde da área de abrangência de atuação dessa equipe (FARIA *et al.*, 2010; BRASIL, 2012).

Estudos atuais sobre a assistência aos portadores de DM em áreas cobertas por equipes de saúde da família apontam para o predomínio em pessoas adultas, aumento no número de idosos e uma busca ao serviço pelo sexo feminino (SILVA, 2012; PINTO, 2012; RODRIGUES, 2012; SCHETTINI, 2012). As experiências para o controle do agravo em territórios de saúde da família discutem a importância de ações que estimulem modo de vida mais ativos, que incluam atividades educativas em grupos, monitoramento pelos ACSs e acompanhamento periódico sistemático multidisciplinar pelas equipes de saúde, como também a melhor capacitação da equipe de saúde para a gestão dos casos (PINTO, 2012; RODRIGUES, 2012; SCHETTINI, 2012).

Assim, o desafio na Saúde da Família está em implantar uma assistência à saúde diferenciada, ampliando os espaços de intervenção, buscando maior significação do cuidado em saúde, com o manejo adequado das demandas e o gerenciamento dos casos, em relação aos portadores de Diabetes Mellitus.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada apresenta-se como parte integrante das atividades desenvolvidas no módulo de Planejamento e avaliação das Ações em Saúde do CEABSF. Foram implementadas etapas do planejamento estratégico em saúde, como o diagnóstico situacional pela técnica da estimativa rápida, junto a equipe e a própria área de abrangência.

De maneira que a observação ativa, o levantamento de dados secundários, reunião com equipe e entrevista com a comunidade adscrita a ESF Amarela do Centro de Saúde Nova York, em Belo Horizonte/MG, no ano de 2012, apontaram a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, HAS e DM, como principais problemas de saúde. Quando observado o manejo cotidiano da equipe para os agravos, observou-se fragilidade nos indicadores de cobertura assistencial, sempre com a porcentagem de portadores dos agravos captados menor do que esperado.

Frente à relevância das complicações relacionadas ao DM, seus impactos nos serviços de saúde e na qualidade de vida dos portadores dos agravos, foram elencados como grupo prioritário para um processo de auditoria das ações assistenciais da ESF Amarela, o que constituiu a própria experiência relatada.

Processo de auditoria consistiu em selecionar contingente de prontuários dos portadores dos agravos de forma aleatória, identificar a realização de exames essenciais para acompanhamento de seu estado geral, e frequência de acompanhamentos clínico e de enfermagem, no último ano.

A partir de então, foram definidas estratégias para melhoramento do manejo deste grupo assistencial, convergentes a publicações contemporâneas sobre o tema, que incluem melhora na qualidade dos registros do acompanhamento dos casos, instrumentos que apoiem ordenação da demanda para busca ativa e compartilhamento dos casos para gestão mais efetiva do cuidado em saúde.

Neste sentido, o controle do Diabetes Mellitus destaca-se como área estratégica para a atuação das equipes de saúde da família no Brasil. O presente relato apresenta-se como uma experiência que possibilita cuidado que implique a melhoria das condições de saúde da comunidade assistida, uma resignificação do cuidado em saúde.

7. REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M.E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v..25, n.6, p.1337-49, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília (DF); 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 1. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.
- 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: Ministério da Saúde, 2008.
- CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- COELHO, R.C. **Estado, governo e mercado**. Florianópolis: Departamento de Ciências e Administração/ UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009. 116p.
- DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**. ; v.18, n. 3, p.515-524; 2009.
- FARIA, H.P.; COELHO, I.B.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. 2010. 68p.
- FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. 2010. 68p.
- FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n.4, p595-603, 2009.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em 10 jan 2013.
- MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Revista Ciência saúde Coletiva**, v.14 [suppl1], p1493-1497. 2009.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Linhas de Cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes**. Brasília(DF), 2010.
- PINTO, C. J. **Plano de ação das doenças e agravos não transmissíveis hipertensão arterial e Diabetes Mellitus Visconde do Rio Branco-MG projeto vida mais saudável** . Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em

Saúde Coletiva. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (Monografia) Conselheiro Lafaiete, 2012. 24f.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). **Alinhamento municipal**: construção coletiva e implementação das linhas de cuidado. 2011.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). **O Distrito Venda Nova**. Disponível em: < <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=42629&chPlc=42629&&pIdPlc=&app=salanoticias> > .Acesso em: 10-jan-2013.

RODRIGUES, R.C.L.C. **Plano de ação para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e intersetorial no enfrentamento dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população assistida pela equipe de saúde da família dos bairros Monte Azul e Vila Fátima do município de Belo Horizonte**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (Monografia) Belo Horizonte, 2012. 52f.

SCHETTINI, L.I. **Proposta de protocolo para a assistência ao paciente diabético na atenção primária** - Equipe de Saúde da família do distrito de Serra do Cipó. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (Monografia). Conselheiro Lafaiete, 2012. 64f.

SILVA, L.M. **Perfil dos portadores de diabetes residentes no território da Unidade Básica de Saúde Kobu. Gouveia-Minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (Monografia). Corinto, 2012. 27f.

TAKEDA, S. **A organização de serviços de atenção primária à Saúde**. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANE, E.R.J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WORRAL, G; KNIGHT, J. Continuity of care is good for elderly people with diabetes: retrospective cohort study of mortality and hospitalization. **Canadian Family Physician**, v.57; p.16-20; 2011.