

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Juliana Lara de Oliveira

**MELHORANDO O DIAGNÓSTICO E O ACOMPANHAMENTO DOS
PACIENTES COM *DIABETTES MELLITUS* EM UMA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA**

Lagoa Santa / MG
2013

Juliana Lara De Oliveira

**MELHORANDO O DIAGNÓSTICO E O ACOMPANHAMENTO DOS
PACIENTES COM *DIBETTES MELLITUS* EM UMA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA**

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

Orientadora: Professora Andréa Fonseca e Silva

Lagoa Santa / Minas Gerais
2013

Juliana Lara De Oliveira

**MELHORANDO O DIAGNÓSTICO E O ACOMPANHAMENTO DOS
PACIENTES COM *DIBETTES MELLITUS* EM UMA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA**

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

Orientadora: Professora Andréa Fonseca e Silva

Banca Examinadora:

Profa. Andréa Fonseca e Silva - Orientadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - Examinadora

Aprovado em Lagoa Santa: 07/12/2013

Para minha família, em especial meu marido, Isaias, sempre ao meu lado em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis.

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu forças e persistência na batalha.

Agradeço a minha orientadora, Profa. Andréa Fonseca e Silva pelos ensinamentos.

Agradeço a Equipe 23 de Saúde da Família da cidade de Contagem, MG, que me apoiou.
e me ajudou no início do projeto de me especializar.

Agradeço aos colegas e pacientes do Centro de Saúde Minas Caixa, Belo Horizonte, MG, em
especial à Equipe Lilás, que bem me acolheram e me ajudaram a concluir tal projeto.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo desenvolver um Plano de Ação que amplie o conhecimento e acompanhamento da equipe de saúde a respeito de seus pacientes diabéticos, permitindo maior controle da doença e contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos pacientes da área de abrangência da Equipe Lilás do Centro de Saúde do Bairro Minas Caixa, em Belo Horizonte, Minas Gerais. O melhor acompanhamento poderá reduzir a demanda espontânea de pacientes sintomáticos devido ao diabetes e de suas complicações, pois se verificou prevalência abaixo do esperado do *Diabetes Mellitus* na referida área de abrangência. Foi elaborado um plano de ação com objetivo de melhorar o controle da doença dos pacientes que já tem o diagnóstico assim como facilitar o diagnóstico para aqueles que ainda não o tem através da realização de teste de glicemia capilar em todos os pacientes com idade acima de 30 anos e a criação de um cadastro rotativo de pacientes diabéticos. Este trabalho se justifica, tendo em vista o aumento do risco cardiovascular, neurológico e o comprometimento da qualidade de vida dos doentes enfatizado nos artigos pesquisados para a elaboração deste trabalho e em estudos que têm como tema o diabetes pesquisados pela autora em bases de dados como SCIELO e PubMed. O plano de ação desenvolvido será aplicado em breve e será instrumento importante na organização do atendimento futuro aos diabéticos da Equipe Lilás.

Palavras chave: Diabetes mellitus. Prevalência. Diagnóstico do diabetes. Controle do diabetes. Qualidade de vida.

Abstract

This paper aims to develop an Action Plan that increases the understanding and monitoring of the health care team about their diabetic patients, allowing better control of the disease and contributing to improving the quality of life of patients in the area covered by the Equip Lilás do Centro de Saúde do Bairro Minas Caixa, in Belo Horizonte, Minas Gerais. A better follow up will reduce the spontaneous demand of symptomatic due to diabetes and its complications, as there was lower than expected prevalence of Diabettes Mellitus in that catchment area. We prepared an action plan in order to improve disease control of patients who already have a diagnosis and to facilitate the diagnosis for those who do not already have through performing blood glucose testing for all patients over the age of 30 years and the creation of a rotating register of diabetic patients. This work is warranted in view of the increased risk of cardiovascular, neurological and compromised quality of life of patients emphasized in the articles surveyed for the preparation of this work and studies that deal with diabetes surveyed by the author in databases as SCIELO and Pub Med. The action plan will be developed and will be implemented shortly and it will be tool in the organization of future care for diabetics from Equipe Lilás.

Keywords: Diabetes mellitus. Prevalence. Diagnosis of diabetes. Diabetes control. Life quality.

Glossário de Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DM – Diabetes Melitus

ESF – Equipe de Saúde da Família

G CJ – Glicemia Capilar de Jejum

HRTN – Hospital Risoleta Tolentino Neves

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRC – Insuficiência Renal Crônica

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NESCON – Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva

ONG – Organização Não Governamental

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PMAQ – Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SIAB – Sistema de Atenção Básica

SIS HiperDia – Sistema de Informação Sobre cadastramento e acompanhamento dos Hipertensos e diabéticos

SLU – Serviço de Limpeza Urbana

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Índice

1 Introdução.....	8
1.1 História	8
1.2 Contexto atual.....	10
2 Objetivos.....	15
3 Trajetória metodológica.....	16
3.1 Primeiro passo: Fundamentação Teórica.....	16
3.2 Segundo passo: Síntese do Diagnóstico Situacional.....	16
3.3 Elaboração do Plano de Ação.....	22
4 Desenvolvimento.....	24
4.1 Revisão de literatura.....	24
4.2 Plano de Ação	27
4.3 Levantamento de pacientes diabéticos sem controle - Plano Operativo	33
5 Considerações	35
Referências	37

1 Introdução

1.1 História¹

O Bairro Minas Caixa encontra-se encravado no coração da maior e mais antiga regional da capital de Minas Gerais: a Regional Venda Nova. O bairro se destaca na região pela presença de uma unidade do Colégio Tiradentes e a proximidade à atual Cidade Administrativa do Estado.

O Distrito de Venda Nova é contemporâneo do distrito de Curral D’El Rey, que juntamente com Ribeirão das Neves, Contagem, Vespasiano, Santa Luzia, Lagoa Santa, Betim, Esmeraldas e Nova Lima pertenciam à Vila de Sabará. Todos os municípios que hoje formam a Rede Metropolitana de Belo Horizonte desenvolveram-se em terras pertencentes a esse município, primeira e mais importante cidade da região, antes da construção da Nova Capital de Minas.

Segundo tradição oral, a povoação do Distrito começou em 1711. Venda Nova serviu de pouso para tropeiros que passavam por aqui com gados e mercadorias. A atual Rua Padre Pedro Pinto, antiga Rua Direita e Estrada do Carretão, é uma parte do que restou, com o traçado original, do antigo Caminho dos Currais à Bahia.

“Durante quase trezentos anos, o Distrito de Venda Nova esteve ligado administrativamente à Sabará, ao Curral D’El Rey, a Santa Luzia e até a Campanha (atual Justinópolis). Em 1949, foi anexado definitivamente a Belo Horizonte, (...) atendendo reivindicação da comunidade local” (BELO HORIZONTE, 2013).

¹ Todas as informações históricas do texto se referem a dados disponíveis no portal da Prefeitura de Belo Horizonte, disponível em: <
http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalvendanova&tax=9120&lang=pt_BR&pg=5486&taxp=0&|>>

O distrito de Venda Nova começa ao lado do Minas Shopping, abrangendo os bairros 1º de Maio, São Gabriel, Tupi, Etelvina Carneiro, Jaqueline, Celestino até o bairro Céu Azul e Mangueiras, passando pela margem norte da Lagoa da Pampulha, incluindo os bairros Itapoã, Planalto, Floramar, São Bernardo, Jardim Atlântico, Santa Amélia, Santa Branca, Santa Mônica, Leblon, Lagoinha, Lagoa, Mantiqueira, Maria Helena, Vila Clóris, Minas Caixa, Parque São Pedro, Serra Verde, Nova York, Jardim dos Comerciantes, Jardim Europa, São João Batista, Piratininga, Rio Branco, entre outros. Faz divisa com os municípios de Vespasiano, Santa Luzia, Ribeirão das Neves, Contagem e com a sua sede, Belo Horizonte.

Em 1973 foi criada a Administração Regional de Venda Nova, atendendo reivindicação da comunidade para descentralizar vários serviços prestados pela Prefeitura de Belo Horizonte, facilitando a vida dos moradores da região. Nessa época, foi criada também a Regional Barreiro. Em 1987, foram criadas mais sete Regionais em Belo Horizonte, partindo o distrito quase ao meio, definindo a área da Regional Venda Nova, da Regional Norte e parte da Regional Pampulha, sem consulta à população local. Atualmente, o Distrito de Venda Nova ocupa uma área de 86 km², que representa 25,6% do município de Belo Horizonte, abrangendo as áreas das jurisdições das Administrações Regionais de Venda Nova, Norte e parte da Regional Pampulha, com mais de 100 bairros. Segundo o censo do IBGE de 2000, a Regional Venda Nova tem uma População de 242.341 habitantes, sendo 125.100 mulheres e 117.241 homens, numa extensão de 27,6km² (BELO HORIZONTE, 2013).

A construção do aeroporto da Pampulha, da Base Aérea e conseqüente mudança de vários militares da aeronáutica que aqui fixaram residência, o que explica o grande número de militares e familiares que vivem na região do Bairro Minas Caixa; a construção da Lagoa da Pampulha com seu complexo urbanístico; a abertura da Av. Antônio Carlos e, posteriormente, da Estrada da Pampulha a Venda Nova, em 1946 (atual Av. Dom Pedro I) contribuíram para tirá-la de seu isolamento. A anexação definitiva do Distrito de Venda Nova a Belo Horizonte foi outro fator preponderante para o início do crescimento acelerado das últimas décadas.

A ocupação das terras da região ocorreu com o surgimento de grandes e pequenas fazendas, sítios e chácaras. No final da década de 50 e princípio da década de 60, com medo da

propalada reforma urbana anunciada por políticos da época, iniciou-se o loteamento sem nenhuma infraestrutura, atraindo muitos compradores, pois os lotes eram mais baratos do que em outros bairros. Com o grande êxodo rural das últimas décadas, muitos desses migrantes encontraram abrigo em Venda Nova, que passou de um lugar calmo, tranquilo, quase uma cidadezinha do interior, para uma cidade-dormitório, com os benefícios e problemas característicos dos grandes centros urbanos.

1.2 Contexto atual²

O principal recurso de saúde do Bairro Minas Caixa é a sua Unidade Básica de Saúde, onde funcionam 5 equipes, nomeadas pelas cores Vermelha, Verde, Amarela, Azul e Lilás. O prédio é uma construção própria, mas antiga da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), pensada para abrigar apenas 3 equipes. As instalações estão longe do ideal: há escadas para se chegar aos consultórios da assistente social, da equipe Lilás, e do clínico de apoio, além da sala da gerente e da sala de reuniões. Não há consultórios de enfermagem e o consultório da pediatria é improvisado em espaço insuficiente para os atendimentos, há apenas 1 consultório ginecológico e 2 consultórios com banheiro. A sala de observação é pequena, o arquivo de documentos não comporta o volume e há poucos banheiros para o fluxo de atendimentos. A situação se consolidou após a criação de novas equipes de saúde nesta unidade devido ao crescimento populacional ocorrido no bairro, sem a criação de novos espaços para atendimento de saúde.

A área do prédio não é adequada nem em tamanho nem em distribuição. Há espaços por demais abafados e com precária circulação de ar. Há ainda muitos degraus, o mobiliário é antigo, os computadores e impressoras ultrapassados. Além disso, frequentemente faltam medicamentos e a maior parte dos equipamentos que usamos são pessoais, já que quase sempre, quando são fornecidos pela prefeitura se mostram inadequados.

² Os dados do contexto atual se referem aos dados levantados no diagnóstico situacional e em entrevistas realizadas com a comunidade.

Há ainda, em funcionamento na unidade, a farmácia básica que funciona em espaço apertado e pouco ventilado, a sala de vacinas, o posto de coleta de material para exames laboratoriais e o agendamento de consultas especializadas, improvisado sob as escadas.

Os grupos e reuniões são normalmente realizados na sala de reuniões que é muito disputada. Tendo em vista a distância entre a área de abrangência da equipe e o prédio do Centro de Saúde, a Equipe Lilás opta por realizar seus grupos em espaço cedido pela igreja católica da área.

A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais. Consultas especializadas são, na maioria das vezes, demoradas. A contra-referência também é um problema que vem encontrando solução na informatização também dos Centros de Especialidades Médicas e na mudança de configuração do sistema. A referência de urgência é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da unidade administrativa de Venda Nova que, apesar de ser muito grande e ter profissionais fixos em seu quadro, tem uma grande demanda levando a uma grande dificuldade de realização dos atendimentos de forma eficaz. Menos congestionado, mas não sem problemas, também se encontra na região o Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HRTN) que é a referência de maior complexidade para casos agudos e graves.

Em 2012 foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência do Centro de Saúde Minas Caixa por cada equipe. É importante destacar também que a estrutura de saneamento básico, água tratada e rede de esgoto, são 100% fornecido pela COPASA de forma oficial ou não. A coleta de lixo na área também é regular e realizada pelo Serviço de Limpeza Urbana (SLU) PBH. Apesar disso, as pragas urbanas são um problema importante de saúde pública na região. Ratos, baratas e moscas são vetores frequentemente encontrados em boa parte dos domicílios e a disseminação de zoonoses se dá facilmente. O uso de filtros para água a ser ingerida é um costume recente que vem se tornando cada vez mais popular e a água filtrada é realidade na maioria dos lares (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2012).

As moradias são de alvenaria na área de abrangência da equipe lilás e nenhuma delas é considerada de risco pela defesa civil. Não há parques, praças ou áreas verdes no bairro. Há, no entanto, uma quadra pública de basquete que é conhecida na região como ponto de comércio e uso de entorpecentes. Há ainda a academia da cidade que funciona em um espaço cedido por uma Organização Não Governamental (ONG) onde também ocorrem aulas de Lian Kung semanalmente sob a orientação de fisioterapeutas do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A população economicamente ativa tem diferentes atividades, se destacando como as mais frequentemente citadas: aposentados e militares da reserva, motoristas, diaristas, empregadas domésticas, comerciantes, auxiliares de produção, pedreiros, artesãos. O nível de instrução da população vem melhorando entre os mais jovens. A população acima de 40 anos tem grande número de analfabetos e de pessoas que frequentaram apenas o primeiro grau. O desemprego não se mostra entre as principais preocupações dos moradores da região, não atingindo mais de 1% da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2012).

Foi observado ainda que as doenças que preocupam mais a população são o câncer e as doenças cardíacas segundo informações obtidas através de questionários aplicados aos usuários que frequentam o Centro de Saúde. No entanto, de acordo com os registros da equipe, as principais causas de morte são a violência (causas externas) e em segundo lugar é que se encontram as doenças cardíacas e os acidentes vasculares encefálicos (AVEs) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2012).

Porém, verifica-se no dia a dia, que o que mais leva as pessoas a buscar a atenção básica a saúde são os problemas respiratórios (asma, DPOC, infecções de vias aéreas superiores), a hipertensão arterial, o diabetes, a dislipidemia e a esquistossomose.

Durante a realização de Diagnostico Situacional da área de abrangência, a Equipe Lilás do Centro de Saúde Minas Caixa observou quão desorganizado se encontrava o controle dos

pacientes diabéticos. Observou-se que não há planos terapêuticos elaborados por paciente como instrui o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A participação dos diabéticos em atividades que visam à melhoria da alimentação (como grupos específicos de orientação nutricional) e o estímulo à atividade física (como academia da cidade) se dão de forma esporádica e desorganizada. As consultas e solicitações de exames se restringem àqueles que buscam atendimento na unidade, sendo a renovação de prescrição uma constante sem a realização de consulta agendada ou de exames laboratoriais relacionados. Verificamos que os registros possuem discordância entre os números de diabéticos esperados para a área, número de pessoas que se declaram diabéticas e o número de diabéticos cadastrados na equipe.

De acordo com a publicação nos Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde (BRASIL, de 2006, p.18), os exames laboratoriais de rastreamento para DM deveriam ser realizados em todos os pacientes que se enquadrem nas seguintes características:

- Idade >45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL menor que 35 mg/dL e/ou triglicérides maior que 150 mg/dL.
- História de macrosomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

No entanto, sabemos que rotineiramente muitos destes pacientes não comparecem ao centro de saúde. É necessária realização de busca ativa e um trabalho de convencimento destes pacientes, que nem sempre é viável diante da enorme demanda apresentada a equipe.

Sabendo dos riscos do *Diabetes Mellitus* (DM) mal controlado podem gerar complicações graves, levando a piora importante da qualidade de vida dos pacientes - piorando, em longo prazo, inclusive o desempenho cognitivo dos pacientes (LOPES, 2008) - e causando grandes

gastos hospitalares com cuidados pós-eventos agudos. Geram ainda absenteísmo significativo e demanda por tratamentos domiciliares multiprofissionais. Não raramente, levam também a mortes prematuras.

Levando em conta a dificuldade de controle e do diagnóstico inicial da doença entre pacientes que não são de alto risco escolhemos este problema como primeiro alvo de ação da equipe.

De acordo com estudo de Mattos *et al* (2012), Belo Horizonte foi a única capital brasileira que apresentou tendência de redução proporcional dos óbitos atribuídos ao DM entre 1980 e 2007. Seria devido ao bom controle da doença ou ao desconhecimento do diagnóstico de diversos pacientes?

Portanto, conhecendo-se o risco para o paciente e para o sistema de saúde de forma geral, considero essencial a extensão da triagem para DM para pacientes que não fazem parte do grupo de alto risco. Além disso, uma ampla triagem permitirá localizar e buscar refazer o vínculo de pacientes sabidamente diabéticos, mas que abandonaram o controle ou mesmo o tratamento.

2 Objetivos

O objetivo Geral deste trabalho é desenvolver um Plano de Ação que amplie o conhecimento e acompanhamento da equipe de saúde a respeito de seus pacientes diabéticos permitindo maior controle da doença contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

São também objetivos específicos:

- Formar um arquivo rotativo de pacientes diabéticos a fim de organizar e otimizar o controle e a frequência das consultas e melhorar os registros da equipe.
- Diagnosticar novos casos de diabetes existentes na população adscrita à equipe.

Alcançando todos estes objetivos, creio que poderemos reduzir a frequência de complicações do DM entre os pacientes da Equipe e proporcionar melhoria da qualidade de vida de todos estes, pois o diagnóstico e o tratamento precoces do diabetes tem se mostrado uma importante forma de prevenção de complicações cardíacas e nervosas nos pacientes (CHARLES *et al*, 2012)

3 Trajetória metodológica

É possível dividir em três principais passos a elaboração deste plano de ação para melhoria do diagnóstico e do controle do *Diabetes Mellitus* na área de abrangência da equipe Lilás do Centro de Saúde Minas Caixa: Fundamentação Teórica, Síntese do Diagnóstico Situacional da Área e Elaboração do Plano de Ação.

3.1 Primeiro passo: Fundamentação Teórica

Foi realizada uma revisão de literatura que se iniciou pelo estudo do material “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais/Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (UFMG/NESCON), e em que foram contemplados também teses, monografias, artigos eletrônicos da Biblioteca Virtual SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PubMed (US National Library of Medicine), manuais e linhas guias do Ministério da Saúde e outras apostilas referentes aos módulos do citado curso de especialização.

Foram utilizados como palavras chaves os termos: Diagnóstico e Diabetes mellitus; Prevalência e Diabetes mellitus e Capitais brasileiras; Diabetes mellitus e Plano de cuidados, tendo como idioma o português, considerando os anos entre 2000 a 2013.

Através das fontes citadas, foi possível o desenvolvimento do trabalho com embasamento teórico. Foram usados 11 artigos em Português e 1 artigo em Inglês nas bases estudadas compondo o referencial teórico do estudo.

3.2 Segundo passo: Síntese do Diagnóstico Situacional

O diagnóstico situacional da área de abrangência do Centro de Saúde Minas Caixa foi realizado em 2012 após a atualização de todos os cadastros de todas as equipes com o objetivo de organizar os fluxos dentro do centro de saúde. Buscava-se ainda demonstrar que

as equipes se encontravam sobrecarregadas em número de pacientes e de estabelecer um processo de trabalho eficiente e uniforme dentro do centro de saúde a fim de cumprir as metas propostas e ainda, levar a toda a equipe a “falar a mesma língua” facilitando o trânsito e a compreensão dos pacientes com relação ao fluxo dos atendimentos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. 2012).

O método utilizado, então, foi o de levantamento direto através de visitas a todas as residências da área com recadastramento de pacientes e famílias e os doentes foram cadastrados de acordo com a declaração destes na entrevista. Além destas, observações diretas, feitas principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que conheciam bem e frequentavam a área diariamente. Desta forma, o diagnóstico foi realizado primeiramente por cada equipe e, através de reunião e análise dos 5(cinco) relatórios foi feito um diagnóstico único do centro de saúde. É importante lembrar que os dados vêm sendo regularmente atualizados e a fonte mais confiável e atual de dados é o SIAB/SMSA (Sistema de Informação da Atenção Básica - SMSA, 2012).

Os primeiros dados relevantes obtidos foram os relativos ao número de pessoas e faixa etária da população, demonstrados nos quadros 1 e 2 que mostram a predominância de adultos jovens na área de abrangência do Centro de Saúde e o número significativo de idosos nesta área.

Levando em consideração toda a área de abrangência do Centro de Saúde Minas Caixa (representada no quadro 1, que se segue) observamos que apenas aproximadamente 12% da população é formada por crianças. Os adolescentes representam pouco mais de 16% da população. Adultos jovens são mais de 59% do todo. Idosos são menos de 13% da população.

Quadro 1: POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE MINAS CAIXA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total	%
<1mes	3	3	6	
1 a 11 meses	90	91	181	
1 a 4 anos	423	424	847	
5 a 9 anos	567	593	1160	
Subtotal de crianças	1083	1111	2194	11,98
10 a 14 anos	714	679	1393	
15 a19 anos	809	753	1562	
Subtotal de adolescentes	1523	1432	2955	16,13
20 a 24 anos	860	780	1640	
25 a 29 anos	877	691	1568	
30 a 34 anos	850	782	1632	
35 a 39 anos	785	614	1399	
40 a 44 anos	727	614	1341	
45 a 49 anos	751	593	1344	
50 a 54 anos	612	482	1094	
55 a 59 anos	469	378	847	
Subtotal de adultos	5931	4934	10865	59,3
60 a 64 anos	380	286	666	
65 a 69 anos	322	227	549	
70 a 74 anos	246	185	431	
75 a 79 anos	198	124	322	
80 anos e mais	238	101	339	
Subtotal de idosos	1384	923	2307	12,59
Total geral da equipe	9921	8400	18521	100

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2012.

Quadro 2: POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE LILÁS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total	%
<1mes	0	2	2	
1 a 11 meses	17	23	40	
1 a 4 anos	73	83	156	
5 a 9 anos	99	106	205	
Subtotal de crianças	189	214	403	11,79
10 a 14 anos	112	117	229	
15 a19 anos	152	142	294	
Subtotal de adolescentes	264	259	523	15,3
20 a 24 anos	158	146	304	
25 a 29 anos	156	120	276	
30 a 34 anos	160	160	320	
35 a 39 anos	156	114	270	
40 a 44 anos	139	121	260	
45 a 49 anos	126	117	243	
50 a 54 anos	120	88	208	
55 a 59 anos	105	89	194	
Subtotal de adultos	1120	955	2075	60,71
60 a 64 anos	68	65	133	
65 a 69 anos	49	53	102	
70 a 74 anos	45	22	67	
75 a 79 anos	25	19	44	
80 anos e mais	55	16	71	
Subtotal de idosos	242	175	417	12,2
Total geral da equipe	1815	1603	3418	100

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2012.

Levando em consideração o quadro 2 podemos observar diferenças discretas entre a composição da população geral do Centro de Saúde e da população da Equipe Lilás. Em

sintonia com a população geral, a população da equipe tem uma proporção de crianças de quase 12%. Já os adolescentes e os idosos representam proporções um pouco menores, cerca de 15% e 12%, respectivamente. A diferença é compensada por um número discretamente superior de adultos jovens – quase 61%.

O quadro 3 mostra o número de pacientes conhecidos de acordo com a doença em acompanhamento pela Equipe Lilás. Observa-se a predominância absoluta de hipertensos. O número de diabéticos é significativamente inferior

Quadro 3: PRINCIPAIS AGRAVOS QUE ATINGEM A POPULAÇÃO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DA EQUIPE LILÁS

Hipertensos	416
Diabéticos	116
Tuberculose / hanseníase	0
Pacientes de saúde mental em acompanhamento pela ESF	36
Gestantes	7
Acamados	12
HIV +	3
Pacientes de saúde mental em acompanhamento pela Equipe de Saúde mental	27
Asmáticos	37
Idosos (60-80 anos)	346
Idosos (>80 anos)	71
Mulheres em faixa etária reprodutiva (19-59anos)	1120

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2012

Os principais problemas observados durante o levantamento de dados da equipe para o diagnóstico situacional foram:

- A proporção de diabéticos conhecidos em relação ao todo da população encontra-se abaixo da media do país.
- Zoonoses e pragas urbanas
- Início de uma nova epidemia de dengue
- Quase ausência de áreas verdes e para recreação
- Tráfico e uso de drogas descontrolados, mesmo à luz do dia, e muitas vezes sem que usuários e familiares admitam o problema impossibilitando intervenções. A maioria dos usuários é jovem e deixa de produzir - trabalhar e/ou estudar - para usar a droga.

A escolha do problema “proporção de diabéticos em relação ao todo da população encontra-se abaixo da media do país” se baseou no conhecimento da equipe de que este é um problema de maior governabilidade da mesma, além de trazer complicações mais graves em longo prazo.

Quando o diagnóstico não é conhecido, não é possível fazer o controle da doença e, na área de abrangência da Equipe Lilás do Centro de Saúde Minas Caixa, há uma prevalência conhecida da DM abaixo do esperado. Este foi o problema considerado como o principal pela equipe, pois como observado no quadro 4 o número de diabéticos conhecidos pela equipe é quase 24% abaixo do número de diabéticos esperados de acordo com dados epidemiológicos e a faixa etária da população. Agravando esta situação, o número de diabéticos em acompanhamento adequado pela equipe nunca foi 100% dos casos conhecidos, no entanto, este número chegou a 0(zero) durante a epidemia de dengue.

A opção feita pelo diabetes em detrimento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) se deveu a observação da maior discrepância entre os números esperado e conhecido de diabéticos que entre os de hipertensos. Além disso, o acompanhamento dos diabéticos conhecidos na área tem se mostrado mais eficiente, com menor número de sintomáticos e grande participação dos pacientes nas reuniões semanais do grupo de hipertensos.

Quadro 4: DESCRITORES DO PROBLEMA

Dado	Fonte	Número	Observações
Diabéticos esperados	Dados epidemiológicos	131	7,6% dos pacientes entre 30 e 69 anos da área (GIACOMIN et al. 2008).
Diabéticos cadastrados	Dados do sistema	116	88,5% do esperado
Diabéticos confirmados	Dados da equipe	101	76,3% do esperado
Diabéticos em acompanhamento de acordo com o protocolo	Dados da equipe	0	Devido à epidemia de dengue as consultas agendadas foram canceladas e todos os paciente tem intervalo Inter consultas superior ao preconizado no protocolo – em novembro de 2012 eram 86
Diabéticos controlados	Dados da equipe	dado não disponível	Em novembro de 2012 eram 63

3.3 Elaboração do Plano de Ação

Nesta terceira fase, foi elaborado o Plano de Ação de acordo com Planejamento Estratégico Situacional (PES) que foi criado por Carlos Matus e reinterpretado e reescrito por diversos e diferentes autores. Cito Elizabeth Artmann, (2000, p. 1):

PES - como um enfoque a partir de problemas, capaz de proporcionar, através do conceito de explicação situacional, um olhar abrangente, de caráter totalizante e rigoroso que fundamenta a ação do ator, considerando a visão e a capacidade de ação de outros atores relevantes, que devem, sempre que possível, ser envolvidos no enfrentamento dos problemas.

A ESF Lilás, através da síntese do diagnóstico situacional, identificou a necessidade de organização e melhoria do diagnóstico e acompanhamento do DM, já que o número de diabéticos na área está aquém do previsto, e mesmo os diabéticos conhecidos se encontram sem controle adequado da doença. Matus citado por Artmann (2000), define quatro momentos para caracterizar o processo de planejamento estratégico situacional:

1. Momento explicativo: Priorização e compreensão dos problemas

2. Momento normativo: Priorizado o problema, é o momento de elaborar propostas passíveis de solução.
3. Momento estratégico: É a construção do plano propriamente dito
4. Momento tático-operacional: Momento de execução e gestão do plano.

Os três primeiros momentos foram realizados e descritos neste trabalho.

4 Desenvolvimento

4.1 Revisão de literatura

O DM é um distúrbio crônico do metabolismo da glicose (e de outras substâncias geradoras de energia) que pode apresentar diferentes mecanismos patogênicos, mas que têm, como denominador comum, a hiperglicemia que se torna causa de complicações vasculares e neuropáticas (SHERWIN, 2005).

A história natural do diabetes é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas, cujos mecanismos ainda não se encontram bem definidos, tais como retinopatia, nefropatia e neuropatia, de causa microvascular, e doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica, de causa macrovascular. Todas estas complicações terão seu surgimento acelerado pelo descontrole da doença ou pela existência de comorbidades tais como hipertensão arterial (HAS), dislipidemia e tabagismo, e poderão resultar em perda da qualidade de vida dos pacientes, pois levam a cegueira, amputação de membros e perda de função, além do aumento das taxas de mortalidade cardiovascular e renal (BRASIL, 2006).

A mudança do estilo de vida, que inclui mudança de hábitos alimentares, a urbanização da população, o envelhecimento desta, o sedentarismo, a alimentação inadequada vem aumentando as taxas de incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais se enquadra o diabetes melitus, assim como a hipertensão arterial sistêmica, que são as principais causas de mortalidade proporcional em adultos no Brasil (FERRAZ *et al*, 2012). O DM é uma das principais causas de morbimortalidade geral. Nos Estados Unidos, o DM é a quarta causa de busca por atendimento médico e, cada vez mais, a doença vem sendo considerada um problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, pois suas complicações são causas comuns de incapacidades físicas, morte prematura, absenteísmo no trabalho, além dos custos gerados nos cuidados intra-hospitalares e domiciliares a estes pacientes. São complicações habituais do DM o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vasculoencefálico (AVE), as amputações de membros e a Insuficiência renal crônica (IRC). Além disso, a hiperglicemia pode ser um fator

predisponente a Doença de Alzheimer além de causa secundária de demência (SANTOS, 2006; GIACOMINI *et al*, 2008).

A prevalência do DM vem aumentando no mundo todo, isto devido ao aumento da expectativa de vida, do consumo de gorduras e açúcares, do sedentarismo e, portanto, da obesidade (SANTOS, 2006).

Nos Estados Unidos a prevalência do DM do tipo II vem sendo estimada em aproximadamente 6% mas provavelmente encontra-se entre 10 e 15% e esta diferença deve-se a dificuldade de diagnóstico já que, em geral, a triagem de pacientes assintomáticos só se dá entre pacientes de alto risco para a doença (SHERWIN, 2005).

No Brasil, informações sistemáticas sobre a prevalência e a incidência do DM são escassas, apesar da importância da doença no contexto da saúde pública, especialmente tendo em vista a transição nutricional que população apresenta no momento atual. Em um dos poucos estudos realizados "No Brasil, um estudo multicêntrico, realizado no final da década de 1980, considerou a prevalência nas principais capitais, estimada em cerca 7,6% da população adulta brasileira..." (SANTOS, 2006, p. 849). O estudo mais abrangente nesta área foi realizado em 1988 em nove capitais brasileiras e apresentou uma prevalência estimada de diabetes ajustada para idade variou de 5,2% a 9,7% nos diferentes centros. A média geral foi de 7,4%, sendo as maiores prevalências detectadas em cidades do sul e sudeste e as menores em cidades do Centro-oeste. 46% dos diabéticos não conheciam os diagnósticos ao serem testados (CARMECINI e NUCCI, 2012).

Um estudo de série histórica de óbitos realizados em capitais brasileiras entre 1980 e 2007 mostrou, no geral, um aumento importante dos óbitos atribuídos ao DM na maioria das capitais, o que foi acompanhado de uma queda no número de óbitos atribuídos a causas desconhecidas (MATTOS *et al*, 2012). Isto foi observado em TODAS as capitais EXCETO em Belo Horizonte e São Paulo. É possível inferir que neste período houve melhora no diagnóstico proporcionando a "troca" no atestado de óbito de "causa desconhecida" para "diabetes", seja nas causas associadas ou na causa principal do óbito. Ou pode estar

relacionado ao aumento real da prevalência da doença, associada às mudanças de hábitos nas últimas décadas com aumento da prevalência da obesidade e do sedentarismo em todas as classes sociais. No entanto, há 2 capitais que destoam mantendo ou apresentando queda proporcional dos óbitos atribuídos ao DM. Para o autor, isto seria isto devido ao melhor controle da doença? Ou estaria relacionado ao pior diagnóstico? Ou poderia também ser ao fato de que o diagnóstico sempre foi bom não havendo razão para incremento nas taxas (MATTOS, *et al*, 2012; MORAES, *et al*, 2010).

De acordo com o Protocolo da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH, p 02):

o rastreamento poderá ser feito com glicemia capilar (a ser confirmado posteriormente com glicemia plasmática de jejum de 8 horas), e deverá ser feito: a cada 3 a 5 anos para indivíduos com 45 anos ou mais.
a cada 1 a 3 anos quando houver:
- história de DM gestacional.
- evidências de 2 ou mais componentes da síndrome plurimetabólica.
- presença de 2 ou mais fatores de risco.
uma vez por ano ou mais frequentemente quando:
- a glicemia de jejum alterada ou tolerância à glicose diminuída (mais frequentemente quando a suspeita é de DM tipo 1).
- houver complicações relacionadas com o DM.

O Ministério da Saúde, visando reduzir a morbimortalidade associada às doenças crônicas não transmissíveis elaborou, no início da década de 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) e disponibilizou para os estados e municípios o Sistema de Informação sobre Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos (SIS-Hiperdia), que representa uma ferramenta para os profissionais da atenção básica e para os gestores do SUS no enfrentamento dessas doenças. O SIS-Hiperdia, após o cadastramento, pressupõe a alimentação do sistema através da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou diabético, na qual deve constar dados de identificação, dados clínicos (MARUITI, BAULI, SCOCHI, 2009).

Após as dificuldades de digitação e manutenção da atualização dos dados do Hiperdia houve o abandono deste sistema com posterior substituição pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012, quando a média da proporção

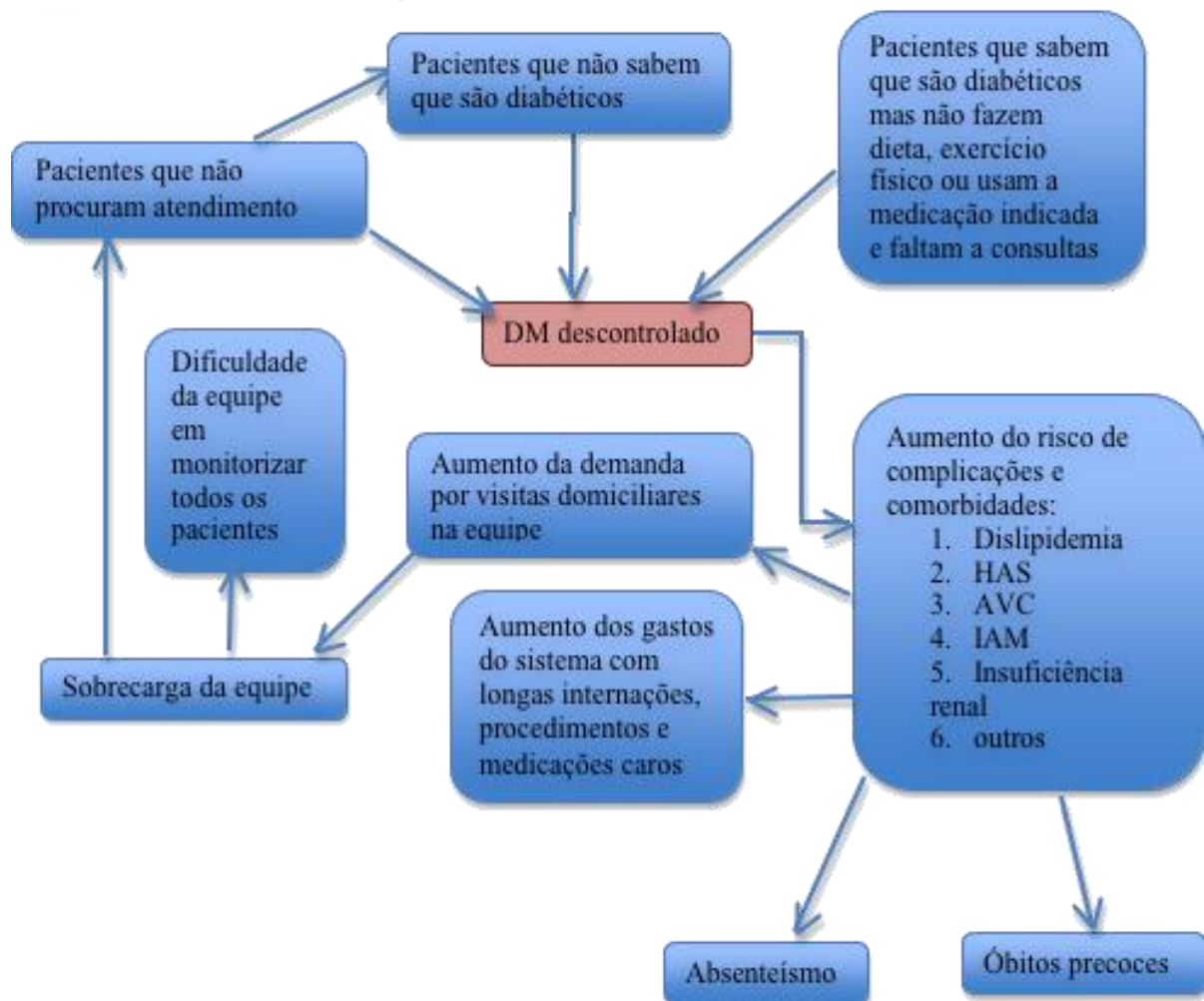
de diabéticos cadastrados foi de 45,2%, enquanto o recomendado pelo Ministério da Saúde é de no mínimo 65%. As justificativas para esta realidade são várias, entre elas moradores que se recusam a receber os ACS (alegando que possuem planos ou seguros de saúde, por exemplo) ou o desconhecimento, por parte dos pacientes, da condição de saúde (FERRAZ, *et al*, 2012).

4.2 Plano de Ação

O baixo número de diabéticos com diagnóstico conhecido e confirmado, além do baixo número de diabéticos em controle com a equipe de saúde da família foi o problema selecionado, entre aqueles levantados pela equipe, no diagnóstico situacional da área.

Observado este, entre diversos outros problemas, e considerado prioritário entre todos, foi necessário, junto a outros componentes da equipe, iniciar a busca pela forma de como melhorar o diagnóstico, o controle e o conhecimento dos diabéticos da população adscrita. Para tal, criou-se um plano de triagem e confecção de um arquivo rotativo que auxiliarão o primeiro na melhoria diagnóstica e o segundo no acompanhamento de longo prazo dos doentes.

FIGURA 1 – Explicação do problema



O esquema sintetiza as causas e consequências do principal problema, que é o DM descontrolado. Observando o esquema é possível verificar as principais preocupações da equipe e os pontos em que é possível atuar para tornar o problema menos grave no panorama da equipe.

O número de pacientes é muito grande e foi necessário pensar a logística da realização dos exames e em seguida definir valores de glicemia capilar de jejum (GCJ) que definiriam novas condutas para seguimento. Então, decidimos convidar, por escrito, os pacientes da faixa etária

definida para participar dos testes de GCJ. As datas dos testes serão definidas pela disponibilidade de cada ACS. Definimos que os testes seriam feitos por quarteirão, um por semana. Os convites serão entregues na semana anterior a realização dos testes pelas ACS, os testes serão realizados entre 7:00 horas e 8:00 horas pelo Técnico em enfermagem alocado na equipe neste horário. Disponibilizamos um caderno de registros em que o técnico registrará o nome, a data de nascimento e o valor da GCJ. Este caderno será revisado pela enfermeira da equipe ou por mim (medica da equipe) diariamente a fim de localizarmos testes com resultados alterados.

A conduta seguirá o definido no quadro 5, de acordo com o proposto por SANTOS (2006).

A partir da primeira consulta o nome do paciente será incluso em um arquivo rotativo em que ele receberá o diagnóstico de DM ou de resistência à insulina. Neste arquivo serão feitas anotações sobre medicações em uso, comorbidades, últimos resultados de exames, objetivos e data prevista para próxima consulta. Este será atualizado pelo profissional que atender ao paciente a cada consulta.

Quadro 5: Definição de condutas de acordo com o resultado da GCJ proposto por Santos

Valor da GCJ	Conduta a ser tomada
< 60 mg/dL	Consulta de enfermagem para orientações de dieta e cuidados gerais de saúde
60 a 100 mg/dL	Valor normal - informação ao paciente
100 a 120 mg/dL	Solicitação de exame laboratorial de glicemia de jejum e glicemia após 75g de dextrosol. Consulta de enfermagem para orientações de dieta e cuidados gerais de saúde. Consulta médica agendada para após o resultado dos exames.
120 a 200 mg/dL	Solicitação de exame laboratorial de glicemia de jejum e dosagem de glico-hemoglobina. Consulta de enfermagem para orientações de dieta e cuidados gerais de saúde. Consulta médica agendada para após o resultado dos exames.
> 200 mg/dL	Solicitação de exame laboratorial de glicemia de jejum e dosagem de glico-hemoglobina. Consulta médica imediata para avaliação terapêutica e nova consulta após o resultado dos exames. Consulta de enfermagem no intervalo entre as consultas

FONTE: SANTOS, 2006

4.2.1 Desenho da Operação

Quadro 6: DESENHO DA OPERAÇÃO

Problema selecionado	número de diabéticos com diagnóstico/acompanhamento/controle adequado abaixo do número esperado
Objetivo geral	verificar a existência de diabéticos sem diagnóstico/acompanhamento/controle na área de abrangência
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> > Realizar o diagnóstico do DM em pacientes que apresentam o distúrbio e não sabem > Iniciar o acompanhamento objetivando o controle destes pacientes > Melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos através do diagnóstico e controle > Reduzir o número de complicações do diabetes > Criar um cadastro atualizado e completo dos diabéticos da área
Meios	<p>Recursos econômicos necessários: Fitas para glicerina capilar, material para confecção de convites.</p> <p>Recursos cognitivos necessários: conhecimento da população da área de abrangência com relação e idade</p> <p>Recursos políticos necessários: autorização para usar o espaço da unidade de saúde, já conturbado, para realizar os testes.</p> <p>Recursos organizacionais necessários: utilizar o pouco espaço disponível na unidade de forma a aproveitar ao máximo e de forma eficaz.</p>

4.2.2 Obtenção de recursos / Análise da viabilidade do plano

A maior parte dos recursos esta sob controle da própria equipe. Tendo o apoio da gerente da unidade, todo o processo está garantido, aguardando apenas a diminuição da demanda exigida pela epidemia de dengue.

Seriam nós críticos relevantes neste Plano:

Gasto de material de escritório para confecção de convites e do cadastro rotativo, disponibilização do caderno para anotações – sob controle da gerencia do centro de saúde, já temos autorização para o gasto.

Aumento da demanda por fitas de glicemia capilar no período de análise – as fitas vêm sobrando em todas as equipes com a troca da marca do aparelho cedido aos pacientes. As fitas dos aparelhos antigos seriam devolvidas para a administração distrital. Já temos autorização para utilizá-las.

Utilização do espaço da unidade para realização dos testes – este é um dos motivos de ser essencial aguardar o fim da epidemia de dengue, mas após este, já temos autorização para utilizar a sala de observação para realizar os testes.

Disponibilização das agendas da médica e da enfermeira para os atendimentos – organização já existente, com disponibilização de datas para atendimento a diabéticos.

4.3 Levantamento de pacientes diabéticos sem controle - Plano Operativo

Quadro 7: DESENHO DO PLANO

Ação	Meio	Responsáveis	Tempo
Convidar e sensibilizar os pacientes a comparecerem no centro de saúde para o teste	Busca ativa pelos pacientes com convite para realização de GC por todos acima de 30 anos ou de qualquer idade que tenham parente em primeiro grau diabético.	Agentes Comunitários de Saúde	6 semanas para cada micro área. Iniciar em Junho.
Realizar GC de jejum e anotação em caderno de registro adequado	Os pacientes serão convidados a comparecer na unidade em uma determinada semana. Aqueles que comparecerem serão recepcionados, devidamente identificados e submetidos a dosagem de glicemia capilar. Os valores serão anotados e comunicados à enfermeira da equipe	Auxiliares de enfermagem da equipe	inicia 1 semana após início da busca ativa e termina 1 semana após o fim desta
Avaliar os resultados de GC e seleção dos pacientes	Seleção dos pacientes com exame alterado para orientação de dieta e importância da continuidade da propedêutica	Enfermeira da equipe	inicia 1 semana após o início da realização das GC e termina até 2 meses
Estender a propedêutica e avaliação do paciente em consulta	Solicitação de Glicemia de jejum, glicohemoglobina e Glicemia pós-prandial ou pós dextrosol de acordo com o caso com agendamento de consulta para confirmação de diagnósticos de DM e resistência a insulina.	Médico da equipe	solicitações feitas no dia da avaliação/orientação pela enfermeira. Agendamento de consulta iniciando 1 mês depois da solicitação.
Cadastrar o atendimento a diabéticos	Criação de um cadastro com registro do acompanhamento de cada diabético da área: início do cadastro pelo medico da equipe em cada consulta. Atualização de responsabilidade da enfermeira e do medico da equipe em cada atendimento realizado.	Medica e enfermeira da equipe	Início do cadastro nas consultas medicas com anotações feitas a cada atendimento pela enfermeira ou médica da equipe

Com este plano esperamos testar uma grande maioria da população adulta da área de abrangência da equipe e conseqüentemente identificar os pacientes diabéticos para criação de um cadastro rotativo que auxiliará grandemente a equipe, evitando uma nova “perda do controle”. Além disso, poderemos identificar aqueles pacientes que se encontram sem diagnóstico ou sem controle da doença de forma a podermos concentrar mais atenção e intensificar os cuidados destes.

Tendo em vista que o plano será implementado em um momento futuro, a equipe optou por sistematizar o plano de gestão após o início da aplicação do plano propriamente dito.

5 Considerações

O aparecimento de complicações crônicas faz parte da história natural do diabetes. Estas complicações terão seu aparecimento acelerado quando há descontrole da doença ou presença de comorbidades (como HAS, dislipidemia e tabagismo). Este fato torna o diabetes uma doença de extrema relevância do ponto de vista de saúde pública, pois poderá resultar em perda da qualidade de vida dos pacientes, perda de função (que pode acarretar em aposentadorias precoces), além do aumento das taxas de morbimortalidade cardiovascular e renal. Cuidados simples como a mudança de hábitos alimentares e a prática regular de atividades físicas podem adiar ou mesmo evitar tanto o aparecimento da doença como o de complicações graves. No entanto, uma vez instalada a doença é necessário um controle estrito da mesma, frequentemente com medicação adequada. Para tanto é necessário que a equipe de saúde da família conheça e acompanhe os pacientes diabéticos.

Por todo o relatado acima, o acompanhamento inadequado do diabetes associado à grande diferença entre o número esperado de diabéticos na área de abrangência e o número de diabéticos cadastrados, que ainda é maior que o número de diabéticos confirmados pela equipe, foi considerado o principal problema diagnosticado. As causas do acompanhamento inadequado são várias, entre elas, a sobrecarga da equipe, a existência de uma epidemia muito importante e também a ausência de organização e sistematização do atendimento aos diabéticos, como acontece com crianças e gestantes. Assim, o plano desenvolvido neste trabalho se mostra capaz de atender às expectativas de melhorar o diagnóstico, o acompanhamento e o controle da doença de pacientes diabéticos.

O plano de ação estabelece uma forma adequada de testar os pacientes e sistematiza critérios que permitem definir condutas para fechamento do diagnóstico e estabelecimento de condutas e acompanhamento baseado no protocolo da PBH.

A conclusão deste plano abrirá possibilidades novas de gestão dos doentes de forma mais eficaz e organizada. A realização de grupos, por exemplo, será mais racional e, acreditamos, mostrará mais resultados.

Com os diabéticos da área conscientes de sua situação e sendo acompanhados de forma integral o número de diabéticos efetivamente controlados será maior e assim, também, as intercorrências serão mais raras, levando a menor demanda por atendimentos de urgência e hospitalares e quando estes acontecerem ocasionarão internações mais curtas e sequelas potencialmente menos graves. Além disso, a qualidade de vida dos pacientes sofrerá um incremento importante, o absenteísmo laborativo tende a diminuir e muitas mortes precoces serão evitadas.

A equipe ainda se beneficiará desta nova forma de organização, pois será possível organizar melhor as agendas facilitando a realização de buscas ativas pelos pacientes que negligenciarem o cuidado e melhorar o atendimento a demanda espontânea o que encorajará os pacientes a reportarem a equipe qualquer sintoma novo facilitando o diagnóstico de novos agravos.

Desta forma, o plano de ação desenvolvido poderá ser aplicado muito em breve – tendo em vista o declínio da epidemia nas últimas semanas – e será arma importante na organização de todo o atendimento futuro aos diabéticos da equipe Lilás.

Referências

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** 2000. São Paulo. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrategico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2013

BELO HORIZONTE. **Regional Venda Nova – História.** Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalvendanova&tax=9120&lang=pt_BR&pg=5486&taxp=0&>. Acesso em 18 de junho de 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de atenção básica – n16: Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. & SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde** 2^a ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG – Coopmed, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Especializacao_em_Atencao_Basica_em_Saude_da_Familia>. Acesso em 17 de março de 2013.

CARMECINI, T.F.; NUCCI, L.B. **Prevalência de diabetes mellitus tipo 2 no Brasil: Revisão bibliográfica.** In: XVII ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA & II ENCONTRO DE INICIAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E INOVAÇÃO, 2012, Campinas. Disponível em : <http://www.puc-campinas.edu.br/websist/Rep/Sic08/Resumo/2012821_183912_323823635_resais.pdf>. Acesso em 18 de junho de 2013.

CHARLES M. et al. Impact of early detection and treatment of diabetes on the 6-year prevalence of cardiac autonomic neuropathy in people with screen-detected diabetes: ADDITION-Denmark, a cluster-randomised study. **Bartholins Aleé.** Aarhus. Oct 2012.

COSTA, J. H. C. **AVC e diabetes mellitus: o perfil dos doentes e do AVC.** Covilhã, 2009. Disponível em:<<https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/903/1/AVC%20e%20DM%20-%20o%20perfil%20dos%20doentes%20e%20do%20AVC.pdf>>. Acesso em 20 de março de 2013.

FERRAZ, M.B. et al. Cadastro de hipertensos e diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde da Família: uma análise sob as lentes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: **10º Congresso Internacional da Rede Unida**, 2012. Disponível em: <

<http://conferencias.redeunida.org.br/index.php/redeunida/ru10/paper/view/3860> >. Acesso em 18 de junho de 2013.

GIACOMIN, K. C. et al . Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Março 2013.

LOPES, R. M. F. **Desempenho cognitivo de idosos com diabetes mellitus tipo 2 no teste de Wisconsin de classificação de cartas (WCST)**. Porto Alegre, 2008. Disponível em : <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp086701.pdf>>. Acesso em 20 de março de 2013.

MARUITI, A.M.P.; BAULI, J.D.; SCOCHI, M.J. **A importância do SIS-Hiperdia como ferramenta de busca ativa para a prevenção de doenças cardiovasculares**. Maringá, 2009. Disponível em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6722/pdf> >. Acesso em 18 de junho de 2013.

MATTOS, P. E. et al . Tendência da mortalidade por diabetes melito em capitais brasileiras, 1980-2007. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 56, n. 1, fev. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302012000100007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 de março de 2013.

MORAES, S. A. de et al . Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, May 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Março de 2013.

SANTOS, A. M. Diabete Melito. In: LUNA, R. L. & SABRA, A. Medicina de família: Saúde do adulto e do idoso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p849 – 863.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Síntese do diagnóstico situacional da equipe de saúde da família lilás do centro de saúde do Bairro Minas Caixa – Município de Belo Horizonte – MG. Nov. 2012

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Protocolos de atenção básica – Parte II: Protocolos de atendimentos às intercorrências. Belo Horizonte. Disponível em: < www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/diabetes.pdf>. Acesso em 04 de junho de 2013.

SHERWIN, R. S. Diabetes Melito. *In*: CECIL R. L.; GOLDMAN. L. & AUSIELLO D. **Tratado de medicina interna**. 22ed. Vol. II. Rio de Janeiro: Saunders, 2005, p 1658 – 1692