

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

BRUNO DO AMARAL FONSECA ARAÚJO

**O IMPACTO DA BUSCA ATIVA E CLASSIFICAÇÃO NO CONTROLE
DO *DIABETES MELLITUS***

**UBERABA - MINAS GERAIS
2014**

BRUNO DO AMARAL FONSECA ARAÚJO

**O IMPACTO DA BUSCA ATIVA E CLASSIFICAÇÃO NO CONTROLE
DO *DIABETES MELLITUS***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão

**UBERABA - MINAS GERAIS
2014**

BRUNO DO AMARAL FONSECA ARAÚJO

**O IMPACTO DA BUSCA ATIVA E CLASSIFICAÇÃO NO CONTROLE
DO *DIABETES MELLITUS***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão - Orientador

Prof.^a Dr.^a Conceição Aparecida Serralha - Examinador

Aprovado em Uberaba, 12 de fevereiro de 2014.

“Não vai demorar que passemos adiante uma grande e bela ciência, que faz arte em defesa da vida.”

Carlos Chagas

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar esta obra a minha família e meus mestres que são, cada um à sua maneira, coautores de tudo que faço e farei.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a toda a equipe da Unidade de Atenção Primária e Saúde da Família Mansour I, pelo apoio diário; aos pacientes de nosso Território, pelo carinho; e a meu orientador e toda a equipe do Curso de Atenção Básica e Saúde da Família, pelo crescimento adquirido.

RESUMO

O manejo das condições crônicas, como o *Diabetes Mellitus*, é um dos maiores desafios para a saúde pública atualmente. O presente Projeto de Intervenção propõe uma abordagem proativa e programada para essa morbidade com objetivo de conhecer melhor o território e, simultaneamente, fortalecer a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários na Atenção Primária à Saúde. A proposta é composta por cinco etapas cíclicas, que rastreiam e diagnosticam precocemente esta condição, associados à compilação de um banco dados cuja ênfase é o tratamento programado que favorece o melhor conhecimento e controle do *Diabetes Mellitus* na população estudada no território. O Plano foi realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde Mansour I, no município de Uberlândia – MG, durante o segundo semestre de 2013. A população-alvo foi selecionada a partir dos usuários adscritos da UAPS. A busca ativa favoreceu o rastreamento dos mesmos, bem como as alterações oriundas do DM e seus impactos sobre as condições crônicas. O Plano produziu respostas positivas e consistentes dos usuários da UAPS bem como a ESF da Unidade. Entretanto, verificamos a necessidade de se intensificação das atividades no território bem como de estudos por parte da ESF, a fim de atingir um objetivo satisfatório. E ainda, urge a ampliar a compreensão dos determinantes sociais de saúde a fim de produzir impactos significativos no território.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus*; Planejamento em saúde; Prevenção Primária; Saúde Pública.

ABSTRACT

The management of chronic conditions such as diabetes mellitus , is a major challenge for public health today . This Intervention Project proposes a proactive and planned approach to this morbidity in order to better know the territory and simultaneously strengthen the promotion, prevention and recovery of users in Primary Health Care. The proposal consists of five cyclicsteps, that track and diagnose this condition early, associated with the compilation of a data bank whose emphasis is programmed treatment that favors better knowledge and control of diabetes mellitus in the studied population of the territory. The Plan was conducted at the Primary Health Care Mansour I, in Uberlândia - MG , during the second semester 2013. The target population was selected from the assigned users of the UAPS. Active surveillance favored the tracking of those, as well as changes arising from the DM and its impact on chronic conditions. The Plan has produced consistent and positive responses from users UAPS and the ESF Unit. However, we found the need to intensify activities in the territory as well as studies by the ESF in order to achieve a satisfactory goal. And yet, it is urgent to enhance understanding of the social determinants of health in order to have significant impacts on the territory .

Keywords: *Diabetes Mellitus*; Health Planning; Primary Prevention; Public Health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	18
4 RESULTADOS/PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	20
5 DISCUSSÃO.....	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

APRESENTAÇÃO

Formei-me como médico generalista pela Universidade Federal de Uberlândia em 2012, e vi na atenção primária à saúde uma forma de conhecer melhor um espectro ampliado de atenção médica, trabalhando com a heterogeneidade e as dificuldades de se abordar o indivíduo como um todo, especialmente no sistema público atual.

Ao me deparar com a prática de trabalho da Unidade de Atenção Primária à Saúde Mansour I, uma das primeiras coisas que me chamou muito a atenção foia maneira como o paciente diabético era abordado rotineiramente. Frequentemente alguém da equipe me relatava, no consultório, um paciente com aferição de glicemia capilar de 300 ou 400 mg/dl, perguntava se poderia aplicar insulina regular e liberar o paciente após normalização. Essa prática era feita há anos, e nem sequer requeria prescrição médica ou avaliação do médico, sendo que o paciente era liberado sem o médico saber quem ele era ou qual o seguimento de sua doença.

Fiquei intrigado com aquilo, e especialmente com a dificuldade da equipe em compreender que aquilo poderia ser deletério ao paciente.

Por esse motivo, escolhi o tema para me aprofundar no presente trabalho, a fim de alterar a abordagem do paciente portador dessa condição e criar uma maneira de garantir o adequado controle do diabetes mellitus na ESF.

1. INTRODUÇÃO

Trabalhamos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família denominada UAPSF Mansour I, inserida no bairro Mansour, do município de Uberlândia – MG. O Município localiza-se no Triângulo Mineiro e também pertence à mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 556 quilômetros. A população total é de 604.013 (IBGE – 2010) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,830 – PNUD / 2000. O Programa de Saúde da Família conta com uma cobertura de 157.176 habitantes (26,02%), constituindo 40.706 famílias acompanhadas por 45 Equipes de Saúde da Família, segundo dados de janeiro de 2013 (SIAB). O sistema de saúde conta também com oito Unidades de Atendimento Integrado (UAI's), responsáveis pela Atenção Secundária à Saúde, e dois hospitais terciários, sendo um Hospital-Escola vinculado à Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), e um Hospital Municipal (HMMDOLC). Outro dado importante é que a rede municipal de saúde ainda não conta com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's).

A Unidade possui uma população adscrita de 4.223 pessoas, na qual foi diagnosticado como problema prioritário, o inadequado controle das condições crônicas, especialmente na atenção à saúde do idoso. A inadequada adesão ao tratamento acomete todas as faixas etárias, porém é mais importante na faixa etária acima de 60 anos, que em sua maioria é sozinha (por abandono ou morte do parceiro), ou mora com a família, muitas vezes sendo vítima de negligência ou maus tratos, especialmente nos portadores de demência. Tudo isso associado à complexidade da abordagem das condições crônicas e alta rotatividade de profissionais gera grandes dificuldades práticas.

Para o diagnóstico de saúde do território foram utilizados dados do prontuário eletrônico municipal (FastMedic), dados do SIAB, dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entrevistas com informantes-chave, visitas domiciliares e busca ativa de casos. Com os resultados dos estudos aliados à experiência diária de atendimento, a Equipe diagnosticou que

os problemas prioritários no território abordado são, nesta ordem: *Diabetes Mellitus* em inadequado controle, hipertensão arterial sistêmica em inadequado controle, maus tratos com pacientes acamados, saúde mental.

Diante desses resultados, o problema eleito como de maior prioridade foi o *Diabetes Mellitus* mal controlado, dada sua prevalência no território adscrito e seu impacto em todas as outras esferas da saúde e na qualidade de vida. O território do ESF Mansour I conta com uma população de cerca de 160 diabéticos. Destes sujeitos, não podemos precisar exatamente quantos estão compensados e quantos não estão. No entanto, estimamos que seja uma parcela elevada, uma vez que semanalmente aparecem cerca de três pacientes na Unidade apresentando glicemia capilar muito elevada quando a enfermeira afere o Destrostix em consulta de enfermagem, ou quando o paciente solicita.

A conduta na Unidade para este tipo de situação sempre foi aplicar insulina regular conforme a glicemia e liberar o paciente quando a glicemia ficava abaixo de 200mg/dl, dando continuidade no acompanhamento do paciente durante as consultas que já estavam agendadas para ele, sem busca ativa ou garantia de continuidade do tratamento.

Esse cenário demonstra a existência de uma grande parcela da população do território em que a doença apresenta quadros de descontrole. E por mais que durante as visitas à Unidade haja demonstrações de sua normalização pontual em relação aos níveis glicêmicos, ela não tem promovido a estabilização da doença de modo a evitar a progressão da lesão de órgãos-alvo.

O *Diabetes Mellitus* é uma das doenças mais prevalentes na população mundial atualmente, e uma das que possui maior carga de morbimortalidade, devido ao seu caráter sistêmico, evolução progressiva com falência pancreática endócrina e lesão gradual de órgãos-alvo, acometendo praticamente todos os sistemas do corpo e apresentando maior impacto no sistema cardiovascular. Além disso, apresenta uma evolução nada silenciosa, gerando sequelas visuais, amputações, perdas irreversíveis de funções neurológicas entre outras, e necessitando de uma terapêutica agressiva e incômoda quando não freada sua evolução, o que gera impacto importante na qualidade de vida do paciente (LOPES, 2009; CECIL, 2011; HARRISON, 2013).

A doença depende de fatores genéticos e ambientais, sendo um dos mais importantes fatores para seu controle, a adequação de hábitos de vida. Porém, as medicações também apresentam um papel fundamental no controle das consequências sistêmicas, principalmente, quando ocorre falência na secreção insulínica (LOPES, 2009; CECIL, 2011; HARRISON, 2013).

Devido a essas características, a doença deve ter uma abordagem multidisciplinar e longitudinal, pois o controle dos níveis glicêmicos deve ser realizado de maneira constante, a exemplo do que ocorre na regulação endócrina fisiológica normal, sendo a oscilação intensa da glicemia associada a maior mortalidade (LOPES, 2009; CECIL, 2011; HARRISON, 2013).

Com base no exposto, a correção pontual da glicemia sem um devido plano imediato para o paciente diabético descompensado se mostra pouco resolutiva, se não deletéria. Por esse motivo se torna necessária a revisão dessa abordagem para melhor controle desses pacientes e das inúmeras complicações que eles desenvolvem, com impacto importante comprovado sobre a saúde pública.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Propor um plano de intervenção com vistas ao adequado controle da glicemia de pessoas com Diabetes Mellitus diagnosticadas e registro destas em banco de dados da ESF.

Objetivos Específicos:

- Buscar de maneira ativa a aferição de glicemia capilar de todos os pacientes conhecidamente diabéticos e não diabéticos com fatores de risco periodicamente, como forma de triagem.
- Solicitar compulsoriamente: a dosagem de hemoglobina glicosilada para insulínodpendentes; diário de glicemia capilar para todos os pacientes com glicemia acima de 200 mg/dl; e apenas TOTG, para os pacientes com glicemia capilar entre 100 e 200 ou com fatores de risco.
- Criar um banco de dados separando o percentual de pacientes com hemoglobina glicosilada abaixo de 7%, entre 7% e 9%, e acima de 9%.
- Agendar de todos os pacientes com hemoglobina glicosilada acima de 7% para consulta médica, com perfil glicêmico em mãos, para avaliação do grau de controle da doença e condutas, quando necessário.
- Acompanharambulatoriamente os pacientes a cada três meses até completa adequação do perfil glicêmico e, após, de seis em seis meses.

3. CAMINHOS METODOLÓGICOS

O desenho de operações do plano de intervenção consiste em cinco etapas que se interconectam de forma cíclica, envolvendo toda a equipe.

A **primeira** é a busca ativa de casos de diabetes conhecidos, através da aferição da glicemia capilar de todos os pacientes conhecidamente diabéticos, além dos pacientes não diabéticos com fatores de risco como já é preconizado pela ESF, como forma rápida e barata de triagem. Seriam agrupados a esses dados as glicemias aferidas na unidade. Poderíamos treinar as técnicas de enfermagem para aferição de glicemia capilar, e intensificar esse plano com aferições domiciliares.

A **segunda** etapa seria separar os pacientes em compensados e descompensados pontualmente, utilizando o ponto de corte de 200 mg/dl, solicitando compulsoriamente dosagem de hemoglobina glicosilada e, em insulino dependentes, diário de glicemia capilar. Para os pacientes não diabéticos com glicemias entre 100 e 200, ou fatores de risco, seria solicitado TOTG.

A **terceira** etapa seria a separação dos pacientes entre compensados e descompensados, utilizando se o valor de hemoglobina glicosilada de 7% como ponto de corte, em um banco de dados.

A **quarta** etapa consistiria em agendar consulta médica em no máximo duas semanas esses pacientes, já com os exames em mãos, priorizando aqueles com pior perfil glicêmico, para adequação da terapia medicamentosa, além de orientações não farmacológicas, com retorno trimestral até normalização da hemoglobina glicosilada, conforme já é preconizado pela estratégia de saúde da família.

E, por fim, a **quinta** etapa seria, após controle dos níveis glicêmicos, acompanhamento conforme agenda normal dos pacientes diabéticos, com controle semestral.

Os pacientes que não fossem classificados como descompensados e os pacientes com glicemia de jejum alterada teriam as consultas agendadas

normalmente conforme seu calendário. Além disso, esse ciclo andaria nas duas direções, podendo o paciente mudar de etapa conforme o controle de sua doença.

Os recursos mais críticos para o projeto seriam os aparelhos de aferição de glicemia capilar (Destrostix) com suas fitas e os recursos humanos, como treinamento de aferição de glicemia capilar, e principalmente disponibilidade para essas consultas prioritárias na agenda médica.

Para a viabilidade do projeto precisamos de equipamentos de glicemia capilar, que já são fornecidos pelo município, portanto precisaríamos apenas adequar a quantidade à demanda. Além disso, o problema das vagas na agenda médica já é parcialmente contornado quando substituímos a primeira consulta pela busca ativa realizada pelas ACS e técnicas e enfermagem, e delegamos à enfermagem a função de solicitar os exames, levando o paciente ao médico já no momento da intervenção terapêutica.

O Plano Operativo se baseia no seguimento cíclico das cinco etapas descritas, que separam os pacientes por grau de prioridade, fazem triagem dos pacientes graves e orientam as condutas de toda a Equipe até a estabilização do risco do diabético, ao mesmo tempo em que, constantemente, atualizam os dados sobre quais pacientes estão descompensados e quais não estão.

4. RESULTADOS/PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Até o momento conseguimos realizar completamente a terceira etapa com os pacientes diagnosticados no território. Contamos com 160 pacientes conhecidamente diabéticos, dentre os quais cerca de 44% (71 indivíduos) se encontram com hemoglobina glicosilada abaixo de 7%; cerca de 30% (39 indivíduos) com hemoglobina glicosilada entre 7 e 9%; e cerca de 18% (29 indivíduos) com hemoglobina glicosilada acima de 9%. Além disso, cerca de 6 % (11 indivíduos) dos que possuem diagnóstico de *Diabetes Mellitus* no prontuário não possuem registro de dosagem de hemoglobina glicosilada.

Essa etapa já foi fundamental para termos um parâmetro de como se encontra o controle da doença em nossa população adscrita. Entretanto, também foi importante para percebermos que temos apenas metade da população esperada para o território diagnosticada, e que não sabemos como parte deles está se tratando. Isso nos remete à necessidade de reforçar as etapas um e dois para que possamos progredir com o Plano de Intervenção.

As etapas quatro e cinco do Plano de Intervenção também já foram iniciadas, uma vez que estamos trabalhando com um ciclo, onde uma etapa não necessariamente depende da conclusão da outra. Nestas etapas, através de consultas clínicas, está sendo avaliado o perfil glicêmico e metabólico dos pacientes, com adequação das medicações e titulação das doses, o que aos poucos está adequando os níveis de hemoglobina glicosilada. No entanto, são etapas mais complexas e demoradas, pois configuram efetivamente o controle clínico, multiprofissional e intersetorial da doença diagnosticada, representando a parte mais longa do processo.

Concluimos, também, que a estratégia de busca ativa e classificação programadas proporcionam um método capaz de avaliação constante do estado de controle do *Diabetes Mellitus* em uma determinada área, ao mesmo tempo que institui ações médicas para modificar a realidade.

5. DISCUSSÃO

O enfrentamento das condições crônicas pelo sistema de saúde, em um mundo que cada vez mais envelhece e exige maior autonomia e qualidade de vida em idades superiores, determina a necessidade de uma visão nova com relação à abordagem da saúde coletiva. A nova tipologia, com a identificação de condições crônicas e condições agudas, que difere da visão mais focada nas doenças utilizada anteriormente, bem como abordagem por ciclos de vida, visa contribuir para o amadurecimento desse sistema necessário para tanto (MENDES, 2012).

Nesse sentido, a Promoção à Saúde em todos os ciclos de vida se torna algo imprescindível no que tange o manejo das condições que envolvem o ciclo de vida do idoso. O acompanhamento dessas pessoas deve ser feito de maneira planejada e em longo prazo, com foco nos hábitos de vida, fatores de risco coexistentes e comorbidades que as acompanham de maneira crônica e aguda. Em territórios de alta vulnerabilidade, onde vários fatores sociais e culturais corroboram para o predomínio de estilos de vida que favorecem o desenvolvimento de condições crônicas de difícil controle, o sistema de saúde deve ter especialmente planejado e proativo.

Em especial, o *Diabetes Mellitus* acompanha grande parte dessas condições, e seu manejo adequado e programado é de fundamental importância para alcance de um patamar elevado de saúde coletiva.

O Plano de Intervenção apresentado no presente trabalho, ao propor uma forma mais programada e proativa de abordar o *Diabetes Mellitus* nessas áreas de maior vulnerabilidade, tem contribuído para um controle mais duradouro e eficiente dessa condição.

A experiência nos fez constatar a importância da busca precoce e ativa de alterações glicêmicas; bem como a importância de um banco de dados claro e constantemente atualizado, tanto para acompanhar a evolução positiva das ações de saúde, quanto para identificar erros e falhas, que passariam despercebidos de outra maneira.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento de todas as condições crônicas, patológicas ou não, faz necessário planejamento e atualização constante, tanto dos dados quanto das referências. A gama de condições que envolvem a intolerância à glicose e alterações glicêmicas sistêmicas é uma delas, e exige tal abordagem. Isso exige dedicação e formação constantes da equipe e do sistema de saúde, se fazendo um Plano de Intervenção cíclico e de longo prazo. Como resultado do presente trabalho, percebemos que *Diabetes Mellitus* necessita de um sistema de busca ativa e classificação constante ao ser abordado na Atenção Primária, a fim de efetivamente se impedir a progressão da doença, lesão de órgãos-alvo e redução do impacto sobre a saúde pública e qualidade de vida da população.

Durante a elaboração do Projeto já foi possível iniciar e avaliar as etapas preconizadas, com impactos visíveis no manejo do Diabetes Mellitus e no conhecimento sobre o território. Foi possível também reverter na Equipe de Saúde o hábito de não registrar e garantir acompanhamento àqueles pacientes que compareciam com descompensação da doença na Unidade. Isso mostrou o impacto da busca ativa, planejamento e armazenamento de dados para a condução dessa e de outras condições crônicas coexistentes. Entretanto, o trabalho deve ser continuado e continuamente melhorado, com posteriores atualizações e críticas.

Percebemos, na prática, que não basta o conhecimento sobre essas condições. É preciso fazer com que esse conhecimento chegue até os usuários e possa ser utilizado de maneira constante, programada e eficaz.

REFERÊNCIAS

- CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, 2013.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, 2013.
- FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; WERNECK, M. A. F.; TEIXEIRA, P. F. **Processo de Trabalho em Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, 2013.
- GOLDMAN, L., AUSIELLO, D. Cecil: **Tratado de Medicina Interna**. 23^a ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2011.
- KASPER, D.L. et al. **Harrison Medicina Interna**, v.2. 18^a. Edição. Rio de Janeiro: McGrawHill, 2013.
- LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 2^a edição. São Paulo: Roca, 2009.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 20 dez 2013.