

# RELATÓRIO

SETEMBRO/2016

## Reconhecimento das ações e serviços para controle da diabetes mellitus tipo 2 em Franco da Rocha (SP)

### Aprimorandos

Cecilia Setti

César Donizetti Luquine Júnior

Flávia Ricetti Sartori

Francisco Jonas de Souza Lima

Gianluca Vergian Dalenogare

### Orientadoras

Maritsa Carla de Bortoli

Tereza Setsuko Toma





## Sumário

RESUMO EXECUTIVO	1
1 Antecedentes	3
2 Método	3
2.1 Instrumentos	4
2.2 Coleta dos dados	4
2.3 Análise dos dados	4
3 Resultados e discussão	5
3.1 Perfil das unidades	5
3.2 População diabética	6
3.3 Ações de cuidado	6
3.3.1 Prevenção, promoção e rastreamento	6
3.3.2 Estratificação de risco	7
3.3.3 Tratamento medicamentoso	8
3.3.4 Tratamento não medicamentoso	8
3.3.5 Insumos	8
3.4 Grupos educativos	8
3.5 Articulação de rede	10
3.5.1 Intersetorialidade	10
3.5.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	10
3.5.3 Referenciamento	10
3.6 Academias da Saúde	11
3.7 Instituto Acqua	12
3.8 Percepções e expectativas das gerentes	13
4 Considerações finais	14
5 Indicativos de intervenção	15
6 Referências	18
7 Anexos	19
8 Apêndice – Protocolo de monitoramento glicêmico	27



## RESUMO EXECUTIVO

### **Antecedentes**

A partir de trabalhos anteriores realizados entre o Instituto de Saúde e o município de Franco da Rocha, elencou-se como um dos temas prioritários de saúde o controle da diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Com base em síntese de evidências para políticas, realizada em 2015 sobre esse tema, a gestão municipal decidiu implementar as duas opções para políticas, a saber: (a) fortalecer estratégias para a autogestão do paciente com DM2 e (b) modificar a assistência ao paciente com DM2 por meio de intervenções combinadas. Para iniciar esse processo foi necessário realizar um levantamento de dados para considerar as especificidades locais na implementação dessas ações.

### **Objetivo e método**

Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas com as gerentes de todas as dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Informações adicionais foram obtidas por meio de entrevistas com representantes das Academias de Saúde e do Instituto Acqua, responsável pela atenção à população privada de liberdade. Além disso, foram observadas as atividades dos grupos educativos realizados em oito unidades. A análise dos resultados teve como base as diretrizes dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde para o cuidado à pessoa com diabetes.

### **Considerações e indicativos de intervenção**

Cabe ressaltar o movimento da gestão municipal de implementação das novas equipes da Estratégia Saúde da Família e a abertura ao diálogo, facilitando a aproximação entre o Instituto de Saúde e o município com a finalidade de melhorar as condições de saúde em seu território. A análise dos dados permitiu chegar às seguintes considerações:

- as gerentes das UBS possuem uma boa relação com os gestores municipais;
- os agentes comunitários de saúde (ACS) são atores-chave no estabelecimento de vínculo entre a unidade e a comunidade;
- A configuração hegemônica dos grupos educativos atuais carece de um caráter mais dinâmico, voltado, principalmente, para o autocuidado. a ênfase do cuidado é voltada ao tratamento medicamentoso;



- as ações de rastreamento, estratificação de risco, gestão de caso e estímulo à autogestão mostraram-se insuficientes ou inexistentes;
- as Academias da Saúde são importantes espaços para aumentar o nível de atividade física, entretanto não têm capacidade de atender às necessidades de saúde da população;
- e
- as ações intersetoriais realizadas estão focadas na saúde bucal e na campanha dos Três Bichos - hanseníase, tracoma e geohelmintíase.

Esses resultados indicam a necessidade de desenvolver atividades de preparação das equipes de saúde com a finalidade de que as opções para políticas escolhidas possam ser implementadas.

Nesse sentido, a seguir são elencados alguns indicativos de intervenção:

- Formação dos profissionais para o trabalho em/com grupos educativos;
- Formação das equipes de saúde para o cuidado integral à pessoa com diabetes;
- Construção de instrumento padronizado para o cuidado à pessoa com diabetes com base nas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde
- Estabelecimento de parceria com o setor de educação visando à construção de ações como oficinas de cultivo e de preparo de alimentos.

### **Estratégia de ação**

Considerando os resultados obtidos e os indicativos de intervenção, a estratégia inicial poderia ser a formação de um grupo de trabalho composto pelas gerentes das Unidades Básicas de Saúde, que teria por objetivo o desenvolvimento coletivo de propostas que respondam às necessidades levantadas, abrindo a possibilidade de soluções criativas. Além disso, seria também um espaço para a troca de experiências entre os participantes.



## 1 ANTECEDENTES

O Instituto de Saúde, por meio do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva, vem desenvolvendo atividades de apoio à gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha, desde 2014. No primeiro ano do projeto foi realizado um diagnóstico da situação de saúde da população deste município<sup>1</sup>. No segundo ano, a partir de três problemas de saúde considerados prioritários pelos gestores locais, desenvolveram-se sínteses de evidências para políticas, sendo uma delas sobre o controle da diabetes mellitus tipo 2 (DM2)<sup>2</sup>.

A síntese de evidências sobre DM2 foi discutida com os gestores e trabalhadores de saúde de Franco da Rocha, que elegeram para implementação duas das opções propostas, a saber: (a) fortalecer estratégias para a autogestão do paciente com DM2 e (b) modificar a assistência ao paciente com DM2 por meio de intervenções combinadas.

Buscando apoiar o processo de implementação dessas opções, realizou-se em 2016 um levantamento de dados para reconhecer o funcionamento dos serviços de saúde no município. O objetivo deste trabalho foi reforçar e atualizar as necessidades, facilidades e dificuldades relativas ao enfrentamento da DM2, a partir das percepções das gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em seu contexto local.

## 2 MÉTODO

O levantamento de dados foi feito por meio de entrevistas semiestruturadas com as gerentes das UBS do município e da observação dos grupos educativos que ocorreram durante as visitas. Adicionalmente, representantes de outros equipamentos também foram entrevistados, especificamente: das Academias da Saúde e do Instituto Acqua, responsável pela assistência à saúde nas unidades penitenciárias no município.

Para a construção dos roteiros, que serão apresentados a seguir, realizou-se uma entrevista inicial com uma apoiadora da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) com o objetivo de estabelecer o panorama local em relação à DM2.

---

<sup>1</sup> Ver: Análise de Situação de Saúde: município de Franco da Rocha (SP); 2015. Disponível em: <http://ge.tt/8CqOy8d2>

<sup>2</sup> Ver: Controle da diabetes mellitus tipo 2 no município de Franco da Rocha: uma síntese de evidências para políticas de saúde; 2016. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/sintese\\_diabetes\\_2mar2016.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/sintese_diabetes_2mar2016.pdf)



## 2.1 Instrumentos

Para acessar as informações, roteiros foram elaborados visando ao direcionamento temático das entrevistas. O *Roteiro inicial* (Anexo A) teve como finalidade colher dados para caracterizar as UBS acerca de sua estrutura física, de pessoal e funcional.

Complementar ao anterior, o *Roteiro sobre o controle da DM2 no município de Franco da Rocha* (Anexo B) teve por objetivo explorar a dinâmica dos serviços e das ações de cuidado ao paciente com diabetes. Estruturou-se em: (1) perfil da população-alvo; (2) perfil das ações realizadas; (3) articulação na rede; (4) facilidades e dificuldades; e (5) expectativas. A construção do roteiro se baseou em diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde em suas publicações acerca das estratégias de cuidado à pessoa com doença crônica (Ministério da Saúde, 2013, 2014b).

Um terceiro roteiro (Anexo C), específico à gerência das Academias da Saúde, foi elaborado com base em documentos de apoio à implementação desses equipamentos (Ministério da Saúde, 2014a, 2016; Prefeitura de Belo Horizonte, 2012). Como os demais, tinha por objetivo caracterizar as unidades e identificar os serviços prestados com foco às ações envolvendo a pessoa com diabetes.

O quarto roteiro, direcionado às entrevistas com o Instituto Acqua, seguiu os mesmos moldes de caracterização e identificação dos serviços e ações realizadas (Anexo D).

## 2.2 Coleta dos dados

As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, em locais da comunidade ou espaços da Secretaria Municipal de Saúde, por grupos de aprimorandos junto das gerentes e representantes dos equipamentos, com média de sete pessoas. Após consentimento verbal das entrevistadas, estas foram gravadas em áudio. Para auxiliar o processo, também foram feitas anotações. Ambos os registros, posteriormente, foram condensados num único escrito. As entrevistas foram realizadas no período de junho a agosto de 2016.

## 2.3 Análise dos dados

As entrevistas com as gerentes das UBS foram degravadas e reorganizadas de modo sistemático. Num esforço de tipificação do que fora encontrado nas entrevistas, conforme sugere Minayo (2012), estabeleceram-se descritores de referência para cada questão norteadora



com base nas respostas obtidas, padronizando-as (para exemplo, ver Anexo E). Durante a análise, essa síntese padronizada foi considerada e ponderada pelo grupo de aprimorandos, tendo destaque a percepção das gerentes sobre as possibilidades e barreiras na execução das ações investigadas. O mesmo processo foi aplicado aos relatos das vivências de grupo, quando ocorriam durante as visitas. Os registros referentes às Academias da Saúde e à atenção à saúde da população privada de liberdade foram individualmente analisados seguindo a mesma lógica.

Todas as análises se fundamentaram em pressupostos epistemológicos do método cartográfico, segundo os quais é importante considerar o impacto do pesquisador no fenômeno estudado, posto que a pesquisa se insere num campo de forças complexo e multideterminado. O pesquisador não observa esse campo de fora, isolado, mas vive e participa ativamente desse campo (Ferigato e Carvalho, 2011).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Perfil das unidades

Até o planejamento do levantamento de dados, o município dispunha de dez UBS e 25 equipes completas da Estratégia de Saúde da Família (ESF), compostas majoritariamente por médicos participantes do Programa Mais Médicos.

As equipes das unidades ainda estavam realizando o cadastramento das famílias que são atendidas, por isso não há conhecimento sistematizado sobre o perfil da população até o momento. A maioria das gerentes disse não encontrar predominância de nenhuma faixa etária entre os usuários, porém uma das unidades apresenta um público de perfil mais jovem e duas de perfil mais idoso. Além disso, a maioria das pessoas atendidas são mulheres. Sobre a população fumante, seis delas disseram ter muitos fumantes entre a população atendida.

Apesar das UBS apresentarem estrutura física variável, todas as entrevistadas afirmaram ter espaço disponível para a realização de grupos educativos. A divulgação desses grupos é realizada principalmente por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e por cartazes expostos na própria unidade de saúde ou em outros espaços da comunidade como bares, mercados e igrejas.

Em relação às reuniões entre os funcionários, sete gerentes disseram que as fazem dentro das equipes da ESF, sendo que em cinco unidades a frequência é semanal. Sobre as reuniões gerais, oito afirmaram fazê-las; dentre essas, sete as realizam mensalmente.



### 3.2 População diabética

Com relação às pessoas com diabetes, faltam informações sobre o perfil dessa população. Isso pode ter como determinantes a ausência de registros, a mudança recente do sistema de informação (saída do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e implantação do e-SUS) e o processo de ampliação e adequação do município à ESF.

A maioria das UBS recebeu ACS há poucos meses, os quais ainda estão em processo de capacitação, reconhecendo a área e cadastrando as famílias. Isso faz com que o número total de pessoas com diabetes e insulíndependentes ainda não seja fidedigno, impossibilitando a criação de parâmetros e o uso da informação no planejamento das ações.

Grande parte das gerentes relatou não ter conhecimento acerca da proporção de pessoas com diabetes segundo sexo e/ou faixa etária. Porém, gerentes de três unidades referem não notar diferença significativa entre homens e mulheres acometidos pela doença e que a procura ao serviço de saúde tem sido similar. Em relação à faixa etária, referiram uma proporção maior de idosos acometidos pela doença na população.

Apesar de se tratar de um grupo de risco predisposto a diversas complicações, as pessoas com diabetes não se encontram vinculadas às unidades de forma ativa e participativa, e que o maior motivo de procura do serviço ainda é para retirar medicamentos e realizar a troca de receituário médico. Isso pode fazer com que a atenção a essa população fique prejudicada. Todavia, em duas unidades afirmaram que os pacientes têm se vinculado de forma atuante, resultando na melhora do quadro clínico.

Dentre os indivíduos que não são alcançados pelo serviço, foram apontados alguns grupos, a saber: os que possuem plano médico privado, os jovens, aqueles que não se consideram doentes, idosos residentes em casas de repouso, trabalhadores, pacientes não insulíndependentes e habitantes de áreas ainda sem cobertura da ESF.

### 3.3 Ações de cuidado

Com relação às ações realizadas nas UBS, procurou-se descrever os relatos conforme ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

#### 3.3.1 Prevenção, promoção e rastreamento





Entre as dez unidades, apenas em três relataram não realizar ações de prevenção e promoção voltadas para a DM2, e em duas mencionaram realizá-las de forma parcial. Das que realizam essas ações, em duas não se avaliou sua efetividade.

Em relação ao rastreamento da DM2, seis gerentes afirmaram realizá-lo, sendo que dessas, três o avaliam como efetivo. Contudo, as entrevistadas relacionaram o rastreamento principalmente com a sintomatologia do paciente, e não com os fatores de risco, o que pode ter influenciado as respostas. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a DM2

“pode permanecer assintomática por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (p. 27).”

Questionadas sobre a existência de protocolos de prevenção, rastreamento, atendimento e/ou tratamento, as gerentes mencionaram um documento municipal. Trata-se de um protocolo de controle glicêmico (Apêndice), não havendo diretrizes de cuidado integral ao paciente com diabetes. Quanto a isso, cabe destacar que

“o uso de diretrizes e protocolos assistenciais pelas equipes de Saúde está fortemente relacionado à melhor qualidade da assistência, resultando em diagnósticos mais precisos, mais adequados, em melhor uso de recursos e exames e em melhores resultados em Saúde (Ministério da Saúde, 2014b, p. 41).”

### 3.3.2 Estratificação de risco

Conforme a definição do Ministério da Saúde (2014b), estratificar tem sentido de agrupar de forma padronizada, seguindo critérios preestabelecidos. Considerando os diferentes graus de vulnerabilidade de cada indivíduo, pode-se classificar o risco como leve, moderado ou alto, por exemplo. A estratificação de risco auxilia as equipes da Atenção Básica a adequar as ações, individuais e coletivas, garantindo equidade no cuidado à população, além de otimizar o uso dos recursos do serviço.

Nas entrevistas realizadas, verificou-se que a maioria das equipes de saúde não tem conhecimento e não realiza essa ação. Todavia, em uma das unidades foi apontado que o município tem pretensão de implantar a estratificação de forma sistemática em toda a rede.



### 3.3.3 Tratamento medicamentoso

As gerentes afirmaram estimular a autogestão dos medicamentos, porém, como a maioria dos pacientes frequenta a unidade exclusivamente para retirar medicamentos, a promoção da autogestão é dificultada. Apenas duas unidades relataram vínculo com o paciente para além da retirada de medicamentos e insumos.

### 3.3.4 Tratamento não medicamentoso

A percepção das entrevistadas sobre o papel do serviço no tratamento não medicamentoso mostrou-se restrita a orientações em grupos, palestras e consultas. Quanto a isso, o Ministério da Saúde (2013) recomenda que “todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para MEV [mudança de estilo de vida]”, cujos “elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso” (p. 49).

Contudo, deve-se considerar que o tratamento não medicamentoso deve ir além de orientações e prescrições. As ações devem considerar também a dimensão do autocuidado. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2014b), este

“é centrado na pessoa, no diálogo, e, propõe a construção conjunta de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida por meio de uma negociação entre o profissional de Saúde e o usuário. Isso significa, entre outros aspectos, compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa, conhecer o modelo explicativo da sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos no processo (p. 113).”

### 3.3.5 Insumos

Todas as unidades de saúde distribuem os insumos necessários para a demanda dos pacientes com diabetes. Apenas uma não completou a distribuição de glicosímetro por falta deste.

## 3.4 Grupos educativos

Acompanhou-se a realização de grupos educativos em oito unidades de saúde, que abrangeram os temas de planejamento reprodutivo (3) ou doenças crônicas (5). Desses, apenas um ocorreu numa sala reservada para essa finalidade, tendo os outros sido realizados em salas adaptadas ou áreas públicas (recepção, pátio, espaço da comunidade). Na maioria deles, os usuários foram dispostos em fileiras ou em semicírculo, de frente ao coordenador. Apenas dois grupos ocorreram sem ruídos que atrapalhassem a comunicação entre os participantes.

Metade dos grupos teve como incentivo para os usuários a oferta de alimentos (bolo, bolachas doces e salgadas, sanduíches, refrigerantes, chás e sucos naturais ou artificiais).

Quanto aos participantes, o número mínimo foi de cinco usuários, e o máximo de 23. A maioria dos grupos reuniu de 15 a 20 pessoas. A composição majoritária foi de mulheres adultas e idosas. Os encontros duraram em média uma hora, sendo que segundo as gerentes a maioria tem frequência mensal.



**Figura 1.** Cartazes utilizados como material de apoio num dos grupos de doenças crônicas

A maior parte dos grupos teve a participação de pelo menos dois profissionais, havendo geralmente uma enfermeira.

O modelo hegemônico foi o de palestra (apenas um grupo se organizou totalmente como roda de conversa), com a utilização variada de material auxiliar (Figura 1). A participação dos



usuários ocorreu principalmente na forma de escuta, tendo havido também manifestações de dúvidas e narrativas de problemas de saúde (falas que nem sempre foram incentivadas).

Em todos os grupos houve a utilização de linguagem acessível ao público, mas em alguns se utilizou também de linguagem técnica, dependendo muito do profissional que coordenava a atividade. Alguns grupos foram coordenados por médicos estrangeiros, o que em determinados momentos dificultou a compreensão das falas, principalmente pelo sotaque.

### **3.5 Articulação de rede**

#### **3.5.1 Intersetorialidade**

A maioria das ações intersetoriais é desenvolvida com a área da educação, por meio de atividades periódicas nas escolas. Nessas, a principal ação desenvolvida é com relação à saúde bucal e conta com participação apenas da equipe odontológica das unidades de saúde. No momento das entrevistas estava em andamento a “Campanha 3 Bichos - hanseníase, tracoma e geohelmintíase”.

Nas entrevistas também foram mencionadas ações realizadas em conjunto do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), citado por uma UBS, e atividades em parceria com uma casa de repouso referida por outra gerente.

#### **3.5.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF**

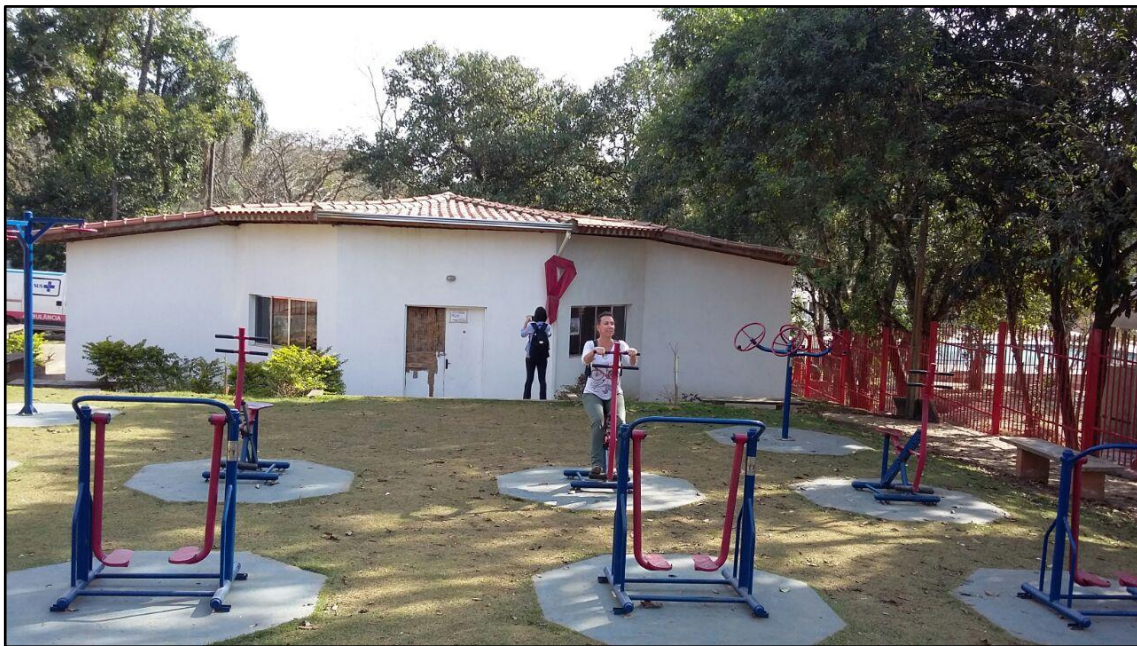
O NASF é composto atualmente por profissionais das áreas de serviço social, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, educação física e fisioterapia. Apesar de todas as unidades terem contato com a equipe, algumas gerentes relataram que a atuação do núcleo não está muito presente em seu cotidiano, mas reconhecem o esforço que os profissionais estão fazendo para contemplar as necessidades das 25 equipes da ESF, inclusive participando dos grupos educativos. No caso específico da DM2, as gerentes consideraram importante a atuação da nutricionista nos grupos. A ausência dessa profissional é elencada como uma barreira na realização das atividades com usuários.

#### **3.5.3 Referenciamento**

A percepção das gerentes se mostrou positiva em relação à rede de referenciamento, relatando ter boa comunicação com os demais serviços principalmente pelo trabalho realizado pela Central de Regulação do município. Contudo, foram apontadas falhas na contrarreferência, sendo que parte das unidades não recebe retorno dos casos que encaminha.

### 3.6 Academias da Saúde

O Programa Academia da Saúde (AS) foi lançado em 2011 e tem como objetivo aumentar o nível de atividade física da população e promover hábitos alimentares mais saudáveis (Ministério da Saúde, 2014a). Atualmente, existem três academias da saúde (AS) no município de Franco da Rocha (Figura 2), duas completas e uma com falhas na infraestrutura para o funcionamento pleno. O número é insuficiente para atender a toda a população, o que foi observado durante as entrevistas e reiterado pelas gerentes ao afirmarem não utilizar as academias devido à distância entre essas e as unidades de saúde.



**Figura 2.** Espaço aberto da Academia da Saúde do Centro

Todas as AS funcionam em dois turnos, manhã e tarde, de segunda a sexta-feira, estando presente um educador físico em cada período. As práticas oferecidas são divulgadas pelos educadores físicos nos grupos de doenças crônicas, por cartazes na UBS, pelos médicos e pelos ACS.



O planejamento das aulas, que ocorre no início de cada semestre, não inclui programação específica para cada condição crônica. Não há controle da glicemia capilar antes e depois das atividades, porém, ao ingressarem nas AS os alunos respondem a um questionário e a partir das respostas obtidas o educador decide para quais práticas eles estão aptos.

As AS oferecem atendimento em grupo e individual. No caso de grupos, são propostas aulas de ginástica, de danças e grupos de caminhada. Cada uma ocorre cinco vezes por semana e com duração de 40 a 50 minutos. As atividades individuais (caminhada e aparelhos da academia) são oferecidas somente àqueles que não podem participar dos grupos. Não se realizam práticas integrativas.

Além das atividades físicas, a academia também é vista como um espaço de socialização, com a realização de rodas de conversas e confraternizações. Segundo a entrevistada, nesses momentos os alunos relatam melhorias de saúde resultantes da prática de exercícios.

### **3.7 Instituto Acqua**

A parceria da Secretaria Municipal de Saúde com o Instituto Acqua garante a presença de equipes de saúde fixas nas cinco penitenciárias da região, que atendem a um total de 10.464 pessoas, conforme dados de agosto de 2016 da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. No momento da inclusão nas unidades, a pessoa privada de liberdade é submetida obrigatoriamente a uma consulta na qual são solicitados exames, o que facilita a detecção precoce da diabetes e interfere no plano de cuidado.

O acompanhamento das pessoas com diabetes nas unidades penitenciárias é realizado de acordo com um protocolo específico, por meio de consultas mensais (cuja frequência pode ser ampliada, segundo avaliação médica). O tratamento envolve a prescrição de hipoglicemiantes orais e/ou insulina, havendo uma adequação do tratamento às necessidades específicas de cada paciente. Em caso de urgência, os pacientes são levados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e, após retornar, têm o acompanhamento intensificado (regressando à enfermaria quase todos os dias).

Além dessas ações, realizam-se atividades educativas relativas a temas elencados como prioritários. Foi citado um trabalho de orientação aos familiares de pacientes com diabetes quanto as suas necessidades de alimentação. Mencionou-se dificuldade no controle alimentar da população com diabetes. No que concerne às atividades físicas realizadas nas unidades penitenciárias, a empresa não participa do planejamento.

### 3.8 Percepções e expectativas das gerentes

As perguntas referentes às percepções das gerentes quanto a facilitadores e barreiras para o enfrentamento da diabetes, assim como suas expectativas quanto à implementação das opções com apoio da equipe do Instituto de Saúde, geraram uma gama variada de respostas. Frente a essa variedade, foram destacadas as respostas mencionadas por mais de uma gerente ou as que eram mais diretamente relacionadas com a organização dos serviços e processos de trabalho nas unidades.

Os principais facilitadores citados foram:

- boa relação com a gestão municipal;
- realização de capacitação interna;
- utilização de linguagem adequada à população por parte dos profissionais;
- bom vínculo dos ACS com a população; e
- possibilidade de garantir uma atenção integral ao usuário, segundo uma concepção de saúde que vai além da ausência de doença.

As principais barreiras mencionadas foram:

- despreparo de alguns profissionais;
- dificuldades do serviço para o acolhimento (que leva, ocasionalmente, ao comprometimento do vínculo do paciente com a unidade);
- dificuldade com o manejo de determinantes psicossociais;
- falta de insumos;
- acúmulo de responsabilidades assistenciais e administrativas;
- falta de recursos humanos; e
- limitação da infraestrutura da unidade de saúde.

Fatores como a relação entre os profissionais dentro das equipes e iniciativa ou comprometimento dos trabalhadores, apresentaram divergência nas respostas. Alguns qualificaram esses aspectos como facilitadores, enquanto outros avaliaram como barreiras.

Embora não tivessem total conhecimento do trabalho a ser realizado pela equipe do Instituto de Saúde no município, a maioria das gerentes afirmou ter boas expectativas. As principais mencionadas consistiram no aprimoramento das ações de tratamento, na identificação das dificuldades e na elaboração de um protocolo de atendimento ao paciente diabético.



#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do apresentado, podem ser feitas ponderações acerca desse levantamento de dados. Inicialmente, conforme Ferigato e Carvalho (2011), cabe pontuar os efeitos da presença dos aprimorandos durante as entrevistas, dado que o pesquisador também é um dos elementos constitutivos do campo estudado. Foi aparente, em alguns momentos, a atribuição de um papel avaliativo aos aprimorandos pelas gerentes. Por conta disso se fazia necessária a contextualização das entrevistas sempre antes de seu início, explicitando seu caráter não avaliativo.

Em primeiro lugar, é importante considerar que a implantação de equipes completas da ESF em todas as unidades de saúde é relativamente recente em Franco da Rocha. Conseqüentemente, ainda faltam informações adequadas sobre as famílias das áreas adstritas de cada UBS, que são fundamentais para o planejamento e acompanhamento das ações de cuidado. Além disso, embora tenham sido planejadas, algumas ações podem ainda não ter sido implantadas.

As informações obtidas nas entrevistas e nas observações das unidades de saúde e dos grupos educativos permitiu aos aprimorandos realizar o reconhecimento sobre como funcionam as UBS e suas equipes da ESF.

A seguir foram elencados os aspectos mais relevantes acerca das dificuldades que precisariam ser superadas para implementar as opções para políticas de maneira a efetivar a atenção integral a pessoas com diabetes no município de Franco da Rocha.

- As gerentes das UBS possuem uma boa relação com os gestores municipais.
- As entrevistadas avaliaram como muito boa sua relação com os gestores municipais.
- Os ACS são atores-chave no estabelecimento de vínculo entre a unidade e a comunidade.
- O cadastramento das famílias pelas equipes da ESF ainda está em andamento, por isso não há conhecimento do perfil da população de diabéticos em cada UBS.
- Há baixa frequência de usuários trabalhadores, devido ao horário de funcionamento das unidades.
- Considerando o número de equipes a serem atendidas, a presença e atuação da equipe NASF ainda é insuficiente.





- A configuração hegemônica dos grupos educativos atuais carece de um caráter mais dinâmico, voltado, principalmente, para o autocuidado.
- As ações de rastreamento, estratificação de risco, gestão de caso e estímulo ao autocuidado mostraram-se insuficientes ou inexistentes nas unidades de saúde.
- A principal ênfase do cuidado se dá no tratamento medicamentoso.
- Há ações que ainda são limitadas pela falta de recursos humanos e de infraestrutura em algumas unidades.
- O acúmulo de responsabilidades assistenciais e administrativas de profissionais restringe o trabalho em algumas unidades.
- As ações intersetoriais realizadas por enquanto estão focadas na saúde bucal e na campanha dos Três Bichos, não havendo ações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas.
- As Academias da Saúde são importantes espaços para aumentar o nível de atividade física da população.
- As Academias da Saúde não têm capacidade de atender às necessidades de saúde da população.
- Sob a luz dos dados fornecidos pelo Instituto Acqua e considerando a estrutura institucional das penitenciárias, compreende-se que há limitações para o desenvolvimento de ações visando a população privada de liberdade.

## 5 INDICATIVOS DE INTERVENÇÃO

Os saberes decorrentes da prática são fundamentais para o sucesso da implantação e implementação das opções escolhidas com base na síntese de evidências. A formação de um grupo de trabalho poderia contribuir para a elaboração de propostas de intervenção coerentes e viáveis de acordo com o contexto local.

Tal grupo poderia ser composto pelas gerentes das Unidades Básicas de Saúde e teria por objetivo o desenvolvimento coletivo de propostas que respondam às necessidades levantadas, abrindo a possibilidade de soluções criativas. Além disso, seria também um espaço para a troca de experiências entre os participantes e vivência de um modelo de grupo a partir de uma perspectiva distinta a de coordenador, em que frequentemente se encontram.



Conjuntamente ao grupo de trabalho, foram levantados quatro outros indicativos de intervenção, a saber:

**Formação dos profissionais para o trabalho em/com grupo.** Observou-se que os grupos educativos que vêm sendo realizados se configuram majoritariamente em formato expositivo. De acordo com o Ministério da Saúde (2014b), a realização de grupos não se resume ao agrupamento dos usuários, e sim visa a

“[...] possibilitar a criação de redes sociais e compartilhar as experiências. Os grupos são espaços (objetivos e subjetivos) onde se desenvolve uma escuta para as necessidades das pessoas, dos seus problemas e vivências e onde a informação circula entre a experiência técnica dos profissionais e a vivência dos participantes, buscando soluções em conjunto. O grupo é um dispositivo para olhar as relações e os modos de viver, produzindo mudanças que possam melhorar a qualidade de vida. (p. 138)”

O formato de palestra e a participação dos usuários principalmente como ouvintes, aspectos observados na maioria dos grupos, não possibilitam a troca entre os saberes do profissional e do paciente para a produção conjunta de soluções. A capacitação dos profissionais poderá tornar os grupos mais dinâmicos e voltados ao autocuidado. Além disso, propõe-se ao grupo de trabalho a vivência num modelo de grupo que possa ser reproduzido com os usuários nas unidades. Acredita-se que a partir desse contato pessoal os profissionais estarão mais inclinados à realização de grupos nestes moldes, considerando a importância dos conhecimentos provenientes da prática.

**Formação dos profissionais para o cuidado integral à pessoa com diabetes.** Atividades importantes para o controle da DM2, como rastreamento, estratificação de risco e gestão de caso, ainda não estão sendo realizadas em todas as unidades de saúde do município. Acredita-se que uma formação que leve à maior apropriação das diferentes etapas e ferramentas da linha de cuidado à pessoa com diabetes possa contribuir para a melhora dos indicadores de internação por complicações decorrentes da doença.

**Construção de instrumento padronizado para o cuidado à pessoa com diabetes com base nas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.** O protocolo desenvolvido e utilizado atualmente pela SMS dá enfoque ao monitoramento glicêmico. Entende-se que a elaboração de diretrizes com maior abrangência em relação à promoção, prevenção e tratamento à pessoa com



diabetes possa contribuir para a integralidade do cuidado. Propõe-se que esse instrumento tenha os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde como referência principal abrangendo ações de cuidado integral e considerando as especificidades do contexto local.

**Parceria com o setor educação visando à construção de ações como oficinas de cultivo e de preparo de alimentos.** Considerando a importância do fator alimentação no desenvolvimento das doenças crônicas, particularmente da diabetes e da hipertensão arterial sistêmica, o contato precoce de crianças e jovens com o cultivo e preparo adequado dos alimentos pode melhorar indicadores futuros de qualidade de vida. Além disso, é recomendada a realização de práticas integrativas como elemento para o estabelecimento de fatores protetivos de futuras complicações de saúde.



## 6 REFERÊNCIAS

Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface (Botucatu) [Internet]. 2011 Sep [acesso em 2 jul 2016];15(38): 663-676. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300004&lng=en). Epub Sep 23, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037>.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Mar [acesso em 4 ago 2016];17(3):621-626. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) [acesso em 7 jun 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. *Academia da Saúde*: cartilha informativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a [acesso em 30 jun 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia\\_saude\\_cartilha.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf).

Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) [acesso em 7 jun 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)

Ministério da Saúde. Guia de orientações para os municípios: Programa Academia da Saúde: monitoramento - ciclo 2016; 2016 [acesso em 4 jul 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/12/Guia-de-Orienta---es-para-Munic--pios---Ciclo-2016.pdf>

Prefeitura de Belo Horizonte. Programa de Diabetes: manual de orientações aos profissionais de educação física do Programa Academia da Cidade; 2012 [acesso em 30 jun 2016]. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=manual\\_orientacao\\_academia\\_cidade.pdf](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=manual_orientacao_academia_cidade.pdf)



## 7 ANEXOS

### 7.1 Anexo A - Roteiro inicial

DADOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS).
DATA:
NOME DA UBS:
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:
GERENTE:
ENTREVISTADO:

### ESTRUTURA FÍSICA

Existem espaços para o desenvolvimento de grupos na unidade ou em locais da comunidade?
Se sim, quais?
Quantas salas de consultório a unidade possui?
A unidade dispõe de acesso à internet?
A unidade possui água?
A unidade possui energia elétrica?
A unidade possui telefone?

### COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

RECEPÇÃO		
UNIDADE POSSUI RECEPÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO		
PROFISSIONAIS	POSSUI?	QUANTIDADE



Recepcionista	( ) SIM ( ) NÃO	
Outros	( ) SIM ( ) NÃO	
<b>ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>		
<b>EQUIPE</b>	<b>POSSUI?</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Médico Generalista	( ) SIM ( ) NÃO	
Enfermeiro	( ) SIM ( ) NÃO	
Auxiliar de Enfermagem	( ) SIM ( ) NÃO	
Técnico de Enfermagem	( ) SIM ( ) NÃO	
Agente Comunitário de Saúde	( ) SIM ( ) NÃO	
Cirurgião Dentista	( ) SIM ( ) NÃO	
Auxiliar em Saúde Bucal	( ) SIM ( ) NÃO	
Técnico em Saúde Bucal	( ) SIM ( ) NÃO	
Outros	( ) SIM ( ) NÃO	

<b>UBS MISTA</b>		
<b>EQUIPE</b>	<b>POSSUI?</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Médico ginecologista	( ) SIM ( ) NÃO	
Médico pediatra	( ) SIM ( ) NÃO	
Médico generalista	( ) SIM ( ) NÃO	
Enfermeiro	( ) SIM ( ) NÃO	
Auxiliar de Enfermagem	( ) SIM ( ) NÃO	
Técnico de Enfermagem	( ) SIM ( ) NÃO	
Assistente Social	( ) SIM ( ) NÃO	
Outros:		

<b>NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA</b>
A equipe do NASF atende quantas unidades?
Qual a frequência do NASF nesta unidade?
Existe uma agenda /rodizio para atendimento?

<b>OUTROS PROGRAMAS</b>		
<b>PROGRAMAS</b>	<b>POSSUI</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Mais Médicos	( ) SIM ( ) NÃO	
PROVAB	( ) SIM ( ) NÃO	
Outros	( ) SIM ( ) NÃO	



## PERFIL DA POPULAÇÃO

Qual a área de abrangência?
Qual o número de famílias atendidas?
Qual o número de habitantes?
Qual a faixa etária?
São mulheres ou homens que mais procuram a unidade?
Qual o problema de saúde mais relevante que chega à comunidade?
Existem muitos fumantes na comunidade?
Se sim, vocês conhecem o perfil de tabagistas da comunidade?

## FLUXO DE ATENDIMENTO

Qual o fluxo de atendimento da unidade? (Esquema de atendimento).
Qual o numero de consultas agendadas?

## FLUXO DE REUNIÕES

São realizadas reuniões de equipe? Sim ( ) Não ( )
Se sim, qual a frequência?
São realizadas reuniões com todos os funcionários? Sim ( ) Não ( )
Se sim, qual a frequência?
Vocês receberam algum tipo de capacitação nesse último ano sobre os três temas escolhidos pelo município (Diabetes, Mortalidade Materna e Saúde Mental)? Sim ( ) Não ( )
Se não, sentem necessidade?



## 7.2 Anexo B - Roteiro sobre o controle da DM2 no município de Franco da Rocha

### I. Perfil da população-alvo

- A) Os dados que vocês possuem sobre a população diabética são discutidos em equipe para planejamento de ações?
- B) Qual o perfil do diabético nessa unidade? Qual o número de diabéticos por que cada equipe é responsável?

### II. Perfil das ações realizadas

- A) São realizadas ações de prevenção e promoção da saúde na unidade? Se sim, quais ações? Como? Onde? Com quem? Tem se mostrado efetivo (bom)?
- B) São realizadas ações de rastreamento de diabetes na unidade? Se sim, quais os critérios? Tem se mostrado efetivo (bom)?
- C) Vocês utilizam o protocolo de atendimento municipal?
  - 1) São realizadas ações de cuidado não-medicamentoso para diabetes? Quais são elas? Em grupo ou individualmente? Considerando como encaixar as mudanças de estilo de vida no cotidiano do usuário.
    - (a) orientações sobre alimentação e atividade física
    - (b) práticas integrativas
    - (c) atividades envolvendo a família
    - (d) ações específicas focadas nas condições psicossociais dos indivíduos
  - 2) É realizada a estratificação de risco da população com diabetes? Com base nas diretrizes nacionais? Existem experiências com gestão de caso?
  - 3) Em relação ao tratamento medicamentoso:
    - (a) Pacientes estão na unidade apenas para retirar medicamento (ou pegar receita)?
    - (b) Há distribuição do glicosímetro à população? Como é realizada?
    - (c) Quais outros insumos são distribuídos para a população diabética?
- D) Nas atividades realizadas, são estimuladas as ações de autogestão do paciente? Como elas são compreendidas/efetuadas pelos profissionais?
- E) Da população diabética, qual o perfil de quem vocês atendem? E quem não é alcançado pelas ações?
- F) Como são divulgadas as atividades? Qual o retorno da população sobre as atividades?
- G) Quais as dificuldades e facilidades que a equipe encontra para lidar com as ações de cuidado ao paciente com diabetes?
  - 1) autogestão do paciente
  - 2) grupos
  - 3) ações de educação em saúde
  - 4) acompanhamento do paciente [adesão/absenteísmo]

### III. Articulação com a rede

- A) Existe articulação intersetorial da unidade (com escolas da comunidade, principalmente)?





- B) Como se dá o trabalho da UBS com os demais equipamentos da rede de saúde em relação aos cuidados com o paciente diabético? O sistema de referenciamento tem se mostrado efetivo?
- C) As Academias de Saúde são utilizadas no planejamento das ações com o paciente diabético, em seu plano de cuidado?
- D) A unidade possui relação com a equipe do NASF?
  - 1) Como enxergam a função da equipe?
  - 2) Os profissionais participam de atividades?

**IV. O que veem como possibilidade/potencialidade e barreira/dificuldade em relação à diabetes? De modo amplo, genérico, do fundo do coração.**

**V. Quais suas expectativas em relação ao nosso trabalho?**

**7.3 Anexo C – Roteiro acerca do trabalho nas Academias da Saúde**

1. Como são os espaços?
2. Quantos polos tem cada Academia da Saúde?
3. Qual o horário de funcionamento das AS? Há possibilidade de ampliação do horário de atendimento?
4. Qual o quadro de profissionais de cada AS?
5. Qual o fluxo de atendimento?
  - a. É realizado acolhimento?
  - b. É exigida uma avaliação clínica/física do usuário? E quem a realiza (UBS ou feita no local)? Com que frequência?
  - c. Necessita encaminhamento de outro serviço?
6. O que é considerado no atendimento ao paciente diabético?
  - a. Uso de medicamentos
  - b. Avaliação de limitações físicas
  - c. Complicações vasculares
  - d. Doenças crônicas associadas
  - e. Complicações específicas do diabetes (neuropatia periférica, retinopatia diabética e cardiopatia isquêmica oculta)
7. É realizado o controle da glicemia capilar antes e/ou depois da atividade?
  - a. Tem disponível algum alimento para casos de hipoglicemia?
8. Quem utiliza os serviços da AS?
  - a. Para quem são direcionadas as atividades?
  - b. Existem ações voltadas para os pacientes diabéticos, especificamente?
9. O que é realizado nas AS?
  - a. Atividades apenas em grupo ou individualmente também?



- b. Práticas integrativas?
- 10. Como são planejadas as atividades?
- 11. Como são divulgadas?

#### **7.4 Anexo D – Roteiro sobre as ações realizadas pelo Instituto Acqua**

##### **Administração dos serviços de saúde nas unidades penitenciárias**

1. Qual a rotina da população privada de liberdade nas unidades?
2. Qual a rotina das equipes de saúde nas unidades carcerárias?
3. Seguem o mesmo protocolo municipal? Há algum protocolo?
4. Os diabéticos têm uma dieta diferenciada?
5. Qual a quantidade de diabéticos nessa população?
6. Podemos ter acesso aos números específicos dessa população?
7. Qual a conduta em caso de emergência? Desde a identificação da emergência até o retorno do paciente, considerando também o que é feito após.

## 7.5 Anexo E - Quadro de referência para sistematização dos roteiros de entrevista

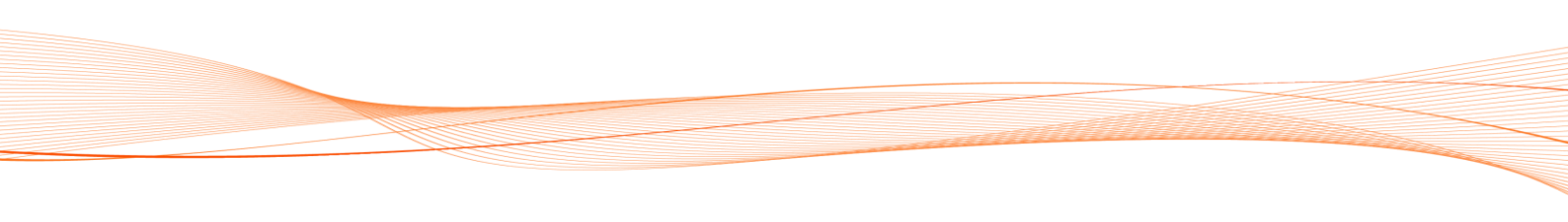
Item		Resposta
Estrutura da unidade	Espaço para grupo?	sim; não; parcialmente; não sei
	Equipes ESF	quantidade; não sei
Perfil da população	Número de famílias	quantidade; não sei
	Número de habitantes	quantidade; não sei
	Faixa etária	crianças; jovens; adultos; jovem idoso; idoso; todos; não sei
	Sexo	mulher; homem; não sei
	Muitos fumantes?	muitos; poucos; não sei
Fluxo de reuniões	Há reunião de equipe?	sim; não; parcialmente; não sei
	Há reunião geral?	Com que frequência? semanal; quinzenal; mensal; não sei
		Com que frequência? semanal; quinzenal; mensal; não sei
	Capacitação no último ano?	diabetes; mortalidade materna; saúde mental; não
Dados	Dados são discutidos?	sim; não; parcialmente; não sei
Perfil da população diabética	Sexo	mulher; homem; ambos; não sei
	Faixa etária	crianças; jovens; adultos; jovem idoso; idoso; não sei
	Número de diabéticos	Quantidade; não sei
	Número de insulino dependentes	Quantidade; não sei
Ações	Realizadas ações de prev. e prom.?	sim; não; parcialmente; não sei
	É efetivo?	sim; não; parcialmente; não sei
	Realizadas ações de rastreamento?	sim; não; parcialmente; não sei
	É efetivo?	sim; não; parcialmente; não sei
	Utilizam protocolo municipal?	sim; não; parcialmente; não sei
	Realizadas ações de cuid. não medicam.?	sim; não; parcialmente; não sei
	Quais?	orientações sobre alimentação e atividade física; práticas integrativas; atividades envolvendo a família; ações voltadas à condição psicossocial; não; não sei
	Fazem estratificação de risco do diabético?	sim; não; parcialmente; não sei
	Tem experiência com gestão de caso?	sim; não; parcialmente; não sei
	Paciente vão apenas retirar medicamentos?	sim; não; parcialmente; não sei
	Distribuem glicosímetro?	sim; não; parcialmente; não sei
	Distribuem outros insumos?	sim; não; parcialmente; não sei
	Estimulam ações de autogestão?	sim; não; parcialmente; não sei
Quem não é atingido pelas ações?	jovens; convênio; trabalhadores; acamados; não insulino dependentes; não aceitação; consulta; "situações psicossociais"; áreas descobertas; casas de repouso; não sei	
Como são divulgadas as ações?	ACS; cartazes; boca a boca; recepção; igreja	
Articulação de rede	Realizam atividades intersetoriais?	sim; não; parcialmente; não sei
	Com quem?	escola; associação de moradores; casa de repouso
	Referenciamento na rede de saúde funciona?	bom; ruim; parcialmente
	Utilizam Academia da Saúde no planejamento?	sim; não; parcialmente; não sei
	Possuem relação com a equipe do NASF?	sim; não; parcialmente; não sei
	A equipe do NASF participa de ativ. na unidade?	sim; não; parcialmente; não sei
Mais matriciamento ou encaminhamento?	matriciamento; encaminhamento; ambos	

### 7.6 Anexo F - Quadro de referência para sistematização dos grupos

Item		Respostas
<b>Tipo</b>		planejamento familiar; diabetes; diabetes e hipertensão
<b>Espaço</b>	Localização	pátio; consultório; sala de grupos; jardim; espaço da com.; sala; recepção
	Disposição	roda; enfileirado; semicírculo
	Decoração	sim; não; não sei
	Composição	Ruídos externos; internos; não há / prejudica pouco, parcialmente ou muito Incentivo comida; brindes; não há
<b>Participantes</b>	Número de part.	quantidade; não sei
	Idade	jovens; adultos; idosos; não sei
	Sexo	mulheres; homens; não sei
<b>Formato</b>	Profissionais	categoria, cargo, quantidade e coordenador(es)
	Modelos	palestra; roda de conversa; não sei
	Material	recursos físicos, folhetos, datashow, cartazes
	Participação	desabafo, dúvida, escuta, reclamação
	Linguagem	técnica, acessível, infantilizada, autoritária
	Duração	quantidade; não sei
Frequência	semanal, quinzenal, mensal, primeira vez, esporádica, não sei	
<b>Falas e impressões</b>		



8 APÊNDICE – PROTOCOLO DE MONITORAMENTO GLICÊMICO



## **PROTOCOLO DE MONITORAMENTO DE GLICEMIA**

### **1. Introdução**

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose; o controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida da pessoa com esta doença.

As intervenções terapêuticas do diabetes mellitus visam ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas no sentido de prevenir ou retardar a progressão da doença para as complicações crônicas micro e macrovasculares, assim como evitar complicações agudas, em especial a cetoacidose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. Essas intervenções objetivam minimizar os efeitos adversos do tratamento, garantir adesão do paciente às medidas terapêuticas e garantir o bem estar do paciente e de sua família.

### **2. Portaria nº 2.583 MS de 10 de outubro de 2007**

A Port. 2583 de 10/10/2007 do Ministério da Saúde define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de DM.

#### **2.1. Insumos**

- a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar;
- c) lancetas para punção digital;
- d) glicosímetros/lancetadores.

Os insumos devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus em uso de insulina e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes - Hiperdia.

As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros).

A prescrição para o automonitoramento será feita a critério da Equipe de Saúde responsável pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus, 2.2. Automonitoramento da Glicemia Capilar.

O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que usam insulina e diabetes gestacional (DG).

2.2.1 Critérios para inclusão dos usuários no Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC).

O AMGC não deve ser considerado como uma intervenção isolada;

- A sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos;
- O AMGC deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do usuário para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde;
- A sua indicação deve ser reavaliada e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados do AMGC e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina;
- O AMGC deve ser oferecido de forma continuada para os pacientes selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e quadro clínico e esses devem receber suporte continuado da equipe para garantir a eficácia do processo; a instrução inicial e a re-instrução periódica a respeito da monitorização da glicemia;
- O uso de medidores (glicosímetros) e de tiras reagentes deve ser individualizado e atender às necessidades do paciente; e
- A amostra do sangue deve ser coletada na ponta dos dedos da mão, puncionada com lancetas, daí ser também chamada de glicemia em "ponta do dedo".

2.2.2. Indicações do Automonitoramento da Glicemia Capilar

O AMGC deve ser incentivado para aqueles usuários que usam insulina associado às estratégias de Educação em Saúde que visem aumentar a autonomia do portador para o autocuidado e essas ações devem ser incorporadas na rotina das unidades de saúde.

Não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes diabéticos tipo 2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe conforme protocolo instituído.

A frequência do AMGC deve ser determinada individualmente, dependente da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e

compromisso do paciente para o autocuidado e da sua capacidade de modificar sua medicação a partir das informações obtidas.

### 2.2.3. Avaliação e Controle

A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas através do teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros, devem ser feitas pelo menos anualmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas. Para isso, os resultados do teste com o glicosímetro devem ser comparados com os da glicemia em jejum de laboratório medido simultaneamente.

O usuário deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados e registrados nos prontuários.

Outro fator a ser reavaliado é a frequência e a constância da realização da glicemia capilar em "ponta do dedo"; essas são influenciadas pelo desconforto causado pelo alto número de terminações nervosas presentes neste local o que pode afetar a adesão do paciente. Alguns trabalhos recentes apresentam sítios alternativos para glicemia capilar, porém são pouco utilizados.

Diante das recomendações do Ministério da Saúde, o grupo de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde de Franco da Rocha propõe a distribuição de tiras conforme a Tabela 1.

Em situações especiais, onde o paciente necessite, por um determinado período, de um maior número de medidas do que o especificado no protocolo, o médico deverá solicitar por escrito, especificando o nº de medidas diárias e o período necessário.

Tabela 1: Proposta de Frequência de Automonitorização da Glicemia Capilar SMSRP

TIPO DE DIABETES + TERAPIA	FREQUÊNCIA	QUANTIDADE DE TIRAS / MÊS
Tipo 2 com antidiabético oral + insulina NPH ou análogo ao deitar	1x/dia ou 4x/semana com alternância dos horários do perfil glicêmico	15 - 30 tiras
Tipo 2 com 2-3 doses NPH (jejum, almoço e ao deitar)	1 - 2 x/dia com alternância de horários do perfil glicêmico	30 - 60 tiras
Tipo 1 ou tipo 2 com insulina	2 - 3 x/dia (jejum ou pós	60 - 90 tiras



basal (NPH ou análogo) + dose fixa de insulina regular ou ultra rápida	prandial ou ao deitar)	
Tipo 1 ou tipo 2 com insulina basal (NPH ou análogo) + bolus alimentar (regular ou ultra-rápida às refeições) e correções dependendo da glicemia e contagem de carboidratos	3 - 4 x/dia (3 pré-prandial e ao deitar	90-120 tiras
Diabetes gestacional em insulinoterapia	3-4 x/dia	90 - 120 tiras
Diabetes gestacional sem insulinoterapia	1x/dia com alternância dos horários do perfil glicêmico	30 tiras

## Tipo 2

### SEM INSULINOTERAPIA

Deverá ser encaminhada solicitação médica para realização de glicosimetria na unidade de saúde, especificando horários e frequência mensal.

3. Orientações para Fornecimento de Seringas e Agulhas para Administração de Insulina A SMS de Franco da Rocha disponibiliza para aplicação de insulina, as seguintes seringas:

- SERINGA PARA INSULINA 50 U, AGULHA 8 X 0,30MM, FIXA.

Seringa descartável de 50 UNIDADES, com agulha fixa curta. Graduada em 50 unidades, escala de uma em uma unidade. Indicada para crianças e adultos com IMC < 25 Kg/m<sup>2</sup>.

- SERINGA PARA INSULINA 100 U, AGULHA 12,7X 0,33MM, FIXA.

Seringa descartável de 1ml, com agulha fixa longa. Graduada em 100 unidades, escala de duas em duas unidades. Indicada para indivíduos com IMC > 25 Kg/m<sup>2</sup>.

O número de seringas a serem fornecidas, pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2: Fornecimento de seringas de insulina conforme o número de aplicações diárias, com e sem mistura de insulinas.

Numero de seringa /mês	1 aplicação	2 aplicações	3 aplicações
Insulina NPH	30	60	90
Insulina Regular	30	60	90
Insulina NPH e Regular	60	120	180

#### 4. Considerações Finais

Para o fornecimento das tiras/glicosímetros e lancetas/ lancetador o paciente deverá realizar previamente seu cadastro (cartão SUS, Programa Diabetes) e no dia da entrega assinará um termo de compromisso. Um relatório médico deverá ser apresentado anualmente à farmácia responsável pela dispensação dos insumos.

As entregas subseqüentes de tiras e lancetas serão realizadas mensalmente, juntamente com a insulina, mediante entrega de tabela de perfil glicêmico. A escolha e orientação quanto aos horários deverá ser feita pelo médico ou membro da equipe assistente. A adesão ao monitoramento é fundamental para manutenção do paciente no programa e para se atingir um bom controle glicêmico.

Relatório Médico

Programa de Automonitorização da Glicemia

Identificação

NOME: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

HYGIA: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO DE SAÚDE: ( ) SUS: \_\_\_\_\_

( ) NÃO SUS: \_\_\_\_\_

TIPO DIABETES : ( ) TIPO 1 ( ) TIPO 2 ( ) GESTACIONAL

ANO DE DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ CINTURA: \_\_\_\_\_

PRESSÃO ARTERIAL: \_\_\_\_\_

DATA INÍCIO DO MONITORAMENTO: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAS ANUAIS - ANO: \_\_\_\_\_

EXAME RESULTADO

COLESTEROL (mg%) \_\_\_\_\_ TRIGLICERIDES (mg%) \_\_\_\_\_

HDL (mg%) \_\_\_\_\_ LDL \_\_\_\_\_

UREIA (mg%) \_\_\_\_\_ CREATININA (mg%) \_\_\_\_\_

SODIO (mEq/l) \_\_\_\_\_ POTÁSSIO(mEq/l) \_\_\_\_\_

ACIDO ÚRICO (mg%) \_\_\_\_\_ URINA ROTINA \_\_\_\_\_

PROTEINÚRIA (mg/24 horas) \_\_\_\_\_

\*MICROALBUMINÚRIA \_\_\_\_\_

TSH \_\_\_\_\_

FUNDO OLHO \_\_\_\_\_

\*solicitar quando proteinúria negativa

EXAMES TRIMESTRAIS: ANO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

GLICOSE JEJUM (mg%) \_\_\_\_\_ GLICOSE PÓS PRANDIAL \_\_\_\_\_

HEMOGLOBINA GLICADA \_\_\_\_\_

TIPOS DE INSULINA E DOSE: ANO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

DOSE DE INSULINA NPH \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_

ANÁLOGO DE AÇÃO ULTRA-RÁPIDA

ANÁLOGO DE AÇÃO PROLONGADA

TOTAL

C= café, A= almoço, D= jantar , D= deitar

NÚMERO SERINGAS POR MÊS : \_\_\_\_

INDICAÇÃO DE NÚMERO DE TESTES DIARIOS:

DM 1:

DM 2 em uso de insulina:

GESTACIONAL:

SITUAÇÕES ESPECIAIS –

INDICAR Nº DE TESTES NE

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

TELEFONE CONTATO: \_\_\_\_\_

TERMO DE COMPROMISSO

Hygia: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, portador do Cartão Nacional de Saúde número \_\_\_\_\_, morador a \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, fone \_\_\_\_\_, Franco da Rocha, recebi da unidade de Saúde \_\_\_\_\_, 1 (hum) glicosímetro da marca \_\_\_\_\_ nº de série \_\_\_\_\_ e 1 (hum) lancetador para controle e tratamento CESSÁRIOS E PERÍODO do Diabetes Mellitus.

Estou ciente da minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que pertence a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha. Do mesmo modo também estou ciente que este aparelho destina-se a meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe desta unidade de saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros. Em caso de perdas ou roubo, deverá ser elaborado e apresentado Boletim de Ocorrência. Comprometo-me a devolvê-lo para troca por aparelho novo, caso haja mudança de marca no fornecimento de tiras.

Franco da Rocha, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Usuário ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável da Unidade