

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

FERNANDA PESSANHA ROCHA

Trabalho multiprofissional de educação em saúde para um melhor controle dos usuários diabéticos de um PSF da região Nordeste de Belo Horizonte

BELO HORIZONTE / MG

2013

FERNANDA PESSANHA ROCHA

Trabalho multiprofissional de educação em saúde para um melhor controle dos usuários diabéticos de um PSF da região Nordeste de Belo Horizonte

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

Orientadora: Professora Daniela Coelho Zazá

BELO HORIZONTE / MG

2013

FERNANDA PESSANHA ROCHA

Trabalho multiprofissional de educação em saúde para um melhor controle dos usuários diabéticos de um PSF da região Nordeste de Belo Horizonte

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Darlene Mara dos Santos Tavares

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

Agradecimentos

Agradeço a Deus por me proporcionar a oportunidade de vivenciar a experiência de trabalhar na rede SUS-BH proporcionando uma melhor qualidade de vida e fazendo a diferença na vida das pessoas.

Agradeço à minha família especialmente ao meu marido e ao meu filho que por muitas vezes tive que me distanciar para me dedicar as tarefas para conclusão deste trabalho.

Não podia deixar de agradecer em especial à minha mãe que sempre esteve comigo me auxiliando em todos os momentos.

Agradeço aos profissionais do Centro de Saúde Marivanda Baleeiro pela acolhida e cooperação mesmo com tantas demandas e prioridades.

Agradeço à minha orientadora, Daniela Coelho Zazá, por me auxiliar na construção deste trabalho de uma forma tranquila e sempre presente com um olhar diferenciado nos diversos assuntos.

Resumo

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para um melhor controle dos usuários diabéticos de uma Estratégia Saúde da Família da Regional Nordeste de Belo Horizonte. Os dados para realização desta proposta de intervenção foram baseados no método de estimativa rápida. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: políticas ineficientes de promoção à saúde e hábitos de vida inadequados. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação de projetos de promoção à saúde, maior participação dos usuários em projetos já existentes e modificação de hábitos de vida inadequados.

Palavras chave: promoção da saúde, saúde da família, Estratégia de Saúde da Família.

Abstract

The purpose of this study was to develop an action plan to improve the management of diabetic patients in the family health strategy program of northeast region of Belo Horizonte. Data for realization of this proposed intervention were based on rapid assessment method. In this study we selected the following critical node: inefficient health care promotion policies and inadequate lifestyle. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: designing of health promotion projects, increase of individual participation in existing projects and change of inadequate lifestyle

Keywords: health promotion, family health, Family Health Strategy.

Lista de Ilustrações

Figura 1	Unidade Básica de Saúde ESF Marivanda Baleeiro	19
Figura 2	Recepção	20
Figura 3	Sala de atendimento e cadastro	20
Figura 4	Consultório médico	21
Figura 5	Consultório odontológico	21
Quadro 1	Profissionais que compõem a Unidade Básica de Saúde	20
Quadro 2	Caracterização da população atendida pela equipe azul	22
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos”	23
Quadro 4	Elaboração do plano operativo	24

Sumário

1	Introdução	09
1.1	Trajectoria profissional e problema de estudo	09
1.2	Objetivo	11
1.3	Metodologia	11
2	Revisão de Literatura.....	12
2.1	Diabetes Mellitus.....	12
2.2	Diabetes Mellitus e plano terapêutico.....	13
2.2.1	Diabetes Mellitus e atividade física.....	14
2.2.2	Diabetes Mellitus e Alimentação Saudável	15
2.2.3	Diabetes Mellitus e Controle da Pressão Arterial	16
2.2.4	Diabetes e Acompanhamento Psicológico	17
3	Caracterização do ambiente	19
3.1	Equipe Azul	21
4	Plano de Ação	23
5	Considerações Finais	25
	Referências	26

1. INTRODUÇÃO

1.1 Trajetória profissional e problema de estudo

Iniciei minha trajetória profissional como auxiliar de enfermagem no ano de 1997 e desde então descobri minha preferência para atuar na área da saúde. Na época, tinha planos de cursar a graduação em enfermagem e trabalhar como professora, orientar futuros profissionais da área no cuidado com os pacientes e orientar os usuários sobre os cuidados com o planejamento familiar. Não imaginava que essa ação já se chamava promoção da saúde. Tentei o vestibular em enfermagem em 1998, mas não consegui sucesso e dois anos mais tarde ingressei no curso de Educação Física.

A ideia de iniciar a graduação em Educação Física veio através da motivação de uma amiga que também era auxiliar de enfermagem e acabava de iniciar o curso e estava gostando muito. Iniciei a graduação em 2000 e formei no final de 2003. Desde a época dos estágios me destaquei na atuação com os idosos e com os portadores de deficiência. Assim que concluí a graduação, iniciei os trabalhos em uma escola infantil da rede pública em 2004. No ano seguinte fui transferida para outra escola pública de ensino médio noturno onde estou até os dias de hoje. Além da experiência com a rede pública de ensino, tive a oportunidade de trabalhar também, entre agosto de 2005 e agosto de 2007, com o ensino em escola particular onde vivenciei a organização pedagógica interdisciplinar.

Em agosto de 2007 iniciei no Programa Academia da Cidade e participei da construção dos primeiros padrões e protocolos do programa e dos primeiros contatos com as equipes nas Unidades de Saúde. O programa estava no início e existiam apenas duas academias em Belo Horizonte. A partir do momento que as Academias da Cidade iniciaram, o Profissional de Educação Física passou a desempenhar papel na atenção básica através do diálogo com os profissionais da rede.

Atualmente os Profissionais de Educação Física já possuem um trabalho em conjunto com os profissionais da Equipe de Saúde da Família de acordo com a portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2008).

A partir de 2008 com a inserção do NASF nas Equipes de Saúde da Família, iniciei os trabalhos como Profissional de Educação Física (4h semanais) em uma unidade de saúde da Regional Nordeste. Em 2009 a carga horária passou a ser de dez horas semanais e ampliamos o atendimento que variava de acordo com cada polo para três Unidades de Saúde.

Com o objetivo de me preparar melhor para atuar junto às equipes do NASF, ingressei em março de 2012 no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Após iniciar o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família elaborei um diagnóstico situacional com objetivo de direcionar melhor minhas ações. Através do diagnóstico situacional foi possível identificar diferentes problemas, como risco cardiovascular aumentado, dor lombar baixa, ansiedade generalizada e elevado número de pessoas portadoras de diabetes mellitus. Entretanto, de todos os problemas identificados, o elevado número de pessoas portadoras de diabetes mellitus chamou a minha atenção.

O número de portadores de diabetes mellitus vem aumentando no Brasil e no mundo devido ao envelhecimento populacional, mudança dos padrões alimentares, mecanização do trabalho e redução da atividade física. O diabetes mellitus está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. É causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (BRASIL, 2006). O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético (BRASIL, 2008).

Como o diabetes mellitus representa um grande desafio para os sistemas de saúde, pretende-se desenvolver um plano de ação para estimular uma ação multiprofissional de educação em saúde para um melhor controle dos usuários diabéticos e reorganização do trabalho da equipe de saúde da família.

1.2 Objetivo

Elaborar um plano de ação para estimular um trabalho multiprofissional de educação em saúde para um melhor controle dos usuários diabéticos de uma ESF da Regional Nordeste de Belo Horizonte.

1.3 Metodologia

Foi realizado, inicialmente, um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Marivanda Baleeiro com o objetivo de verificar os principais problemas de saúde enfrentados na região.

O primeiro passo para a realização do diagnóstico situacional foi uma conversa com as agentes comunitárias de saúde (ACS) das equipes e visita na área de abrangência com as mesmas para conhecer melhor as características da região a ser estudada. O segundo passo foi participar das reuniões das equipes, que acontecem semanalmente, para conhecer e entender as microáreas de abrangência e as demandas da população adstrita. O terceiro passo foi escolher dentre as equipes, aquela que iríamos trabalhar e coletar os dados e informações sobre esta área. Paralelamente foi realizada a coleta dos dados com a enfermeira responsável da equipe azul finalizando o diagnóstico situacional.

Após a realização do diagnóstico situacional foi selecionado como principal problema o elevado número de pessoas portadoras de diabetes mellitus. Posteriormente à identificação do principal problema foi realizada uma revisão de literatura sobre conceito, epidemiologia do diabetes, tipos de diabetes, fatores indicativos de risco, principais sintomas, diabetes e plano terapêutico, diabetes e atividade física, diabetes e controle da pressão arterial e o acompanhamento psicológico do paciente diabético.

Com os dados do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para estimular um trabalho multiprofissional de educação em saúde para um melhor controle dos usuários diabéticos da ESF Marivanda Baleeiro da Regional Nordeste de Belo Horizonte.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes Mellitus

“O diabetes mellitus (DM) pode ser definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hipoglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas” (WHO, 1999, p.65).

O DM faz parte do grupo das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre estas, o DM e a hipertensão arterial são as mais prevalentes, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida (MIRANZI *et al.*, 2008).

A classificação atual do DM é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos diabetes mellitus insulino dependente e diabetes mellitus insulino independente devem ser eliminados. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a *glicemia de jejum alterada* e a *tolerância à glicose diminuída*. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Dentre os sintomas característicos do DM pode-se destacar a poliúria, a polidipsia, a polifagia e a perda involuntária de peso. Esses sintomas são conhecidos como os “4 Ps” (WHO, 1999; BRASIL, 2006). Além dos “4 Ps”, outros sintomas associados podem levar à suspeita clínica do DM, como por exemplo, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição (BRASIL, 2006).

Os fatores de risco associados ao DM são: sedentarismo, parente de primeiro grau portador de diabetes, membros de grupos étnicos de alto risco (afro descendentes, latinos, indígenas, asiáticos), mulheres com história de parto de criança com mais de 4 kg ou de diabetes gestacional, hipertensão arterial, colesterol HDL < 35 mg/dl ou triglicérides > 250 mg/dl, mulheres com síndrome de ovários

policísticos, pré-diabetes em exame anterior, outras condições associadas à resistência insulínica (obesidade grave), história de doenças cardiovasculares (BELO HORIZONTE, 2010).

O DM apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Além dos encargos financeiros acarretados na saúde pública, o DM causa também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O DM representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BRASIL, 2006).

A Pesquisa Nacional sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquéritos Telefônicos (Vigitel) informou que em 2009, no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 6,3%, sendo maior em mulheres (7,0%) do que em homens (5,4%) (BRASIL, 2011).

O DM apresenta importância crescente para a Saúde Pública, constituindo desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) (MENEZES *et al.*, 2011). O aumento da prevalência do DM, aliado à complexidade de seu tratamento (restrições dietéticas, uso de medicamentos e complicações crônicas associadas) reforçam a necessidade de programas educativos aos serviços públicos de saúde (TORRES *et al.*, 2009).

2.2 Diabetes Mellitus e Plano terapêutico

O plano terapêutico é um conjunto de alternativas terapêuticas, definidas a partir da avaliação de cada caso, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar, que visa obter maior adesão do paciente e de seus responsáveis ao tratamento (BASTOS, 2004).

No caso do diabético o tratamento é importante para evitar manifestações de outras comorbidades e o plano terapêutico deve incluir tanto medidas medicamentosas quanto não medicamentosas que visem alcançar o equilíbrio metabólico. Dentre as medidas não medicamentosas pode-se destacar o

acompanhamento nutricional, a prática de atividade física, o monitoramento da glicemia, o controle da pressão arterial, o acompanhamento psicológico, entre outras (ESPÍRITO SANTO *et al.*, 2012).

A educação para o autocuidado com o DM e autogestão da situação de doença deve ser reconhecida como parte integrante de qualquer plano terapêutico. O objetivo global é ajudar o diabético a modificar o estilo de vida, de forma a obter o melhor controle metabólico possível (BASTOS, 2004).

Neste mesmo sentido, as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1988) são para efetuar intervenções em saúde antes da manifestação dos fenômenos patológicos. Assim, são recomendadas medidas preventivas, extrapolando-se as ações assistenciais e demandando-se práticas de saúde mais abrangentes para a população, a fim de minimizar o aparecimento dos fatores de risco ou reduzir a oportunidade de exposição das pessoas a eles.

2.2.1 Diabetes Mellitus e Atividade Física

As evidências científicas da importância da atividade física, tanto na prevenção quanto no retardo do aparecimento das DCNT, são cada vez mais frequentes (PAFFENBARGER, 2000). Entretanto, o estudo de Knuth *et al.* (2009) mostrou que o conhecimento sobre o papel da atividade física no tratamento do DM é maior em comparação ao conhecimento sobre o papel da atividade física na prevenção do DM. De acordo com os autores do estudo este achado merece destaque, pois a capacidade de prevenção da atividade física não parece estar tão bem difundida em termos populacionais (sugiro colocar ponto final aqui, para deixar a frase mais clara para o autor), e de acordo com a WHO (2005) a importância do conhecimento da população sobre o papel da atividade física na prevenção do DM é um dos possíveis caminhos para a adoção de um estilo de vida mais ativo.

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com DM, pois melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Em razão das adaptações metabólicas que ocorrem, a prática de atividades físicas provoca elevação da sensibilidade dos tecidos à insulina, e, com isso, a tolerância à glicose aumenta, permitindo desta forma, menor restrição à

ingestão de glicídios e ainda, a redução da glicosúria. A redução nas doses de insulina exógena é outra consequência positiva em razão da melhoria da tolerância à glicose (POWERS; HOWLEY, 2000).

Pressupõe-se ainda que a melhora da sensibilidade insulínica e a redução da hiperglicemia, resultantes da prática de atividades físicas, poderiam retardar a progressão das complicações, a longo prazo, do DM, como a aterosclerose e as microangiopatias, em razão da menor adesividade das plaquetas sanguíneas (GUEDES; GUEDES, 1995; POWERS; HOWLEY, 2000).

Os benefícios a médio e longo prazo, da prática regular de atividade física, contribuem para diminuir os fatores de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular (aumentado no paciente portador de DM), através das seguintes alterações: melhora do perfil lipídico, contribuição para a normalização da pressão arterial, aumento da circulação colateral, diminuição da frequência cardíaca no repouso e durante o exercício (POWERS; HOWLEY, 2000).

A atividade física deve ser prescrita de maneira individual para evitar riscos e otimizar os benefícios. O tipo, frequência, intensidade e duração do exercício recomendado dependerão da idade, do grau de treinamento anterior e do controle metabólico, duração do DM, e presença de complicações específicas da doença (MERCURI *et al.*, 2001).

2.2.2 Diabetes Mellitus e Alimentação Saudável

As alterações na estrutura da dieta, associadas a mudanças econômicas, sociais e demográficas e suas repercussões na saúde populacional, vêm sendo observadas em diversos países em desenvolvimento (POPKIN, 2001).

De acordo com Sartorelli e Franco (2003) há evidências bem fundamentadas da relação entre a qualidade da alimentação e os riscos de desenvolver o DM. A prevalência da obesidade e conseqüentemente do DM tem uma correlação positiva com uma dieta inadequada, caracterizada por um alto consumo de gorduras saturadas e baixo teor de fibras (FUNG *et al.*, 2001).

De acordo com Ferraz *et al.* (2000) a educação alimentar é fundamental para o diabético, pois não se consegue um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada. A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do DM, podendo reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2%. Pacientes

que utilizam insulina devem procurar manter seu padrão alimentar mais ou menos constante a cada dia, incluindo o valor energético total, a quantidade de carboidratos e a distribuição nas diferentes refeições (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A dieta para o diabético deve ser individualizada. Cada paciente tem que ter uma alimentação ajustada para suas necessidades, de acordo com idade, sexo, condições socioeconômicas, massa corporal, estado metabólico, nível de atividade física, doenças intercorrentes e a resposta do seu organismo aos medicamentos de uso diário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

Neste sentido, uma mudança nos hábitos alimentares, com a diminuição do consumo de gorduras saturadas e açúcares e o aumento do consumo de fibras, pode exercer uma poderosa influência na prevenção do sobrepeso, obesidade e DM, como também de outras doenças crônicas (WHO, 2003).

2.2.3 Diabetes Mellitus e Controle da Pressão Arterial

A possibilidade de associação da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do DM é da ordem de 50%, o que, não raro, requer o manejo das duas doenças no mesmo usuário, agravado pelo fato de que sua concomitância potencializa o dano micro e macrovascular decorrente, acarretando alta morbidade cardiocerebrovascular (BRANDÃO *et al.*, 2010).

A HAS associada ao DM implica em um substancial aumento do risco cardiovascular (duas vezes mais do que os hipertensos não diabéticos) e pode despertar ou acelerar não só as lesões microvasculares do DM, particularmente a nível renal e da retina, bem como as macrovasculares, aumento de massa e anormalidade de função diastólica do ventrículo esquerdo, disfunção endotelial e enrijecimento de artérias causando acidente vascular cerebral (AVC), doença coronária (DC) ou doença arterial periférica (DAP) (GUERRERO-ROMERO *et al.*, 1998).

O controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de reduzir as complicações tanto do DM quanto da HAS (UKPDS, 1998 citado por SILVA *et al.*, 2006).

A HAS e o DM ainda apresentam outros aspectos em comum: etiopatogenia; fatores de risco; tratamento não medicamentoso; caráter crônico; prevenibilidade; assintomaticidade em estágios iniciais; difícil adesão ao tratamento

e requisição de acompanhamento por equipe multidisciplinar (BRANDÃO *et al.*, 2010).

A atividade física regular é recomendada para pacientes com DM e HAS, em razão de seus vários efeitos benéficos sobre o risco cardiovascular, controle metabólico e prevenção das complicações crônicas das doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

2.2.4 Diabetes Mellitus e Acompanhamento Psicológico

O DM está muito relacionado com o estado emocional dos seus portadores. Esta relação entre o emocional e o DM existe antes mesmo do surgimento da doença, pois acredita-se que o diabetes é uma doença psicossomática, ou seja, que tem entre os seus fatores desencadeantes, causas emocionais. Dentre as causas emocionais pode-se citar: perda dos pais através de morte ou separação, problemas com os pais, com a família e até com relação à escola e modificações externas violentas (MARCELLINO *et al.*, 2005).

O enfoque do DM apenas nos processos cognitivos não é suficiente para atingir a totalidade dos problemas, pois é preciso abordar também os fatores emocionais e sua influência na adesão ao tratamento do diabético. Daí a necessidade da assistência psicológica aos pacientes (MELLO FILHO, 1983).

Com relação aos aspectos emocionais, a orientação às pessoas com DM é realizada pelo psicólogo com o objetivo de assistir o paciente, de modo a lhe oferecer um espaço para lidar com as dificuldades emocionais, frente à doença. (FERRAZ *et al.*, 2000).

O trabalho em grupo é importante para que os pacientes busquem compartilhar sentimentos entre iguais e desfazer fantasias a respeito da doença, contribuindo para uma melhor aceitação interna. Diante de toda a relação expressa entre o emocional e o DM observa-se que o acompanhamento psicológico torna-se muito importante, pois proporcionará uma elaboração dos aspectos emocionais da doença e com isso minimizará os sofrimentos psíquicos. Para isso o psicólogo tem que observar, ouvir as palavras e os silêncios, vivenciar junto ao paciente os conflitos e problemas desta nova condição (MARCELLINO *et al.*, 2005).

Segundo Ferraz *et al.* (2000) o atendimento multiprofissional em DM requer a abordagem psicológica, uma vez que a integridade biopsicossocial do

paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, de modo a assegurar uma melhor qualidade de vida e bem estar psicológico.

3 - CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE

A Unidade Básica de Saúde, ESF Marivanda Baleeiro, foi inaugurada há 25 anos, entretanto está há aproximadamente 18 anos na atual sede (Figura 1). Recebeu esse nome, pois foi fundada por uma auxiliar de enfermagem que se chamava Marivanda Baleeiro que iniciou o atendimento a comunidade em sua própria casa. A unidade de saúde está situada na rua principal do bairro onde transita as principais linhas de ônibus e liga o bairro aos bairros vizinhos.



Figura 1- Unidade Básica de Saúde ESF Marivanda Baleeiro.

O local que abriga o centro de saúde é antigo, já passou por reformas e foi adaptado para o funcionamento da atual unidade, entretanto ainda se encontra fora dos padrões dos novos centros de saúde. Não existe um local adequado para reuniões, nem acomodações para os profissionais do NASF. Muitas vezes os profissionais têm que usar a sala da gerência para realização de suas tarefas. Além disso, não existe um local adequado para reunir com os usuários ou mesmo para a realização de atividades coletivas como ginásticas ou Lian Gong. Essas atividades são realizadas no estacionamento da unidade, entretanto as atividades ficam suspensas quando o tempo está chuvoso. O centro de saúde tem parcerias na comunidade com a Igreja Católica e Evangélica, o que permite a utilização dos espaços para desenvolver algumas atividades.

A Unidade Básica de Saúde é composta atualmente por quatro equipes de Saúde da Família. Cada equipe possui um médico, uma enfermeira, dois

auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). O Quadro 1 apresenta os outros profissionais que compõem a Unidade Básica de Saúde.

Quadro 1 – Profissionais que compõem a Unidade Básica de Saúde.

Equipes	Quantidade de profissionais
Equipe do Posso Ajudar	04 Estagiárias
Administrativos Estagiários	04 Funcionários 02 Funcionários
NASF	02 Fisioterapeutas 01 Terapeuta Ocupacional 02 Farmacêuticos 01 Fonoaudióloga 01 Profissional de Educação Física 01 Psicólogo
ACE	07 Funcionários
Equipe da Odontologia:	02 Dentistas 03 Auxiliares saúde bucal 02 Técnicos saúde bucal
Equipe de Apoio	01 Pediatra 01 Ginecologista 01 Auxiliar de enfermagem

Além dos profissionais citados acima a Unidade Básica de Saúde possui os equipamentos necessários para o atendimento à população. As figuras 2 a 5 ilustram os ambientes internos da Unidade Básica de Saúde, ESF Marivanda Baleeiro.



Figura 2 – Recepção

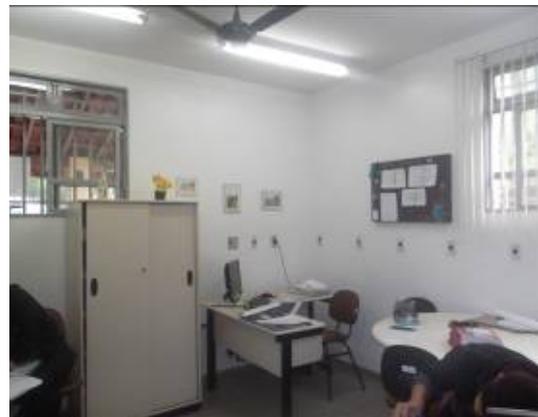


Figura 3 - Sala de atendimento e cadastro



Figura 4 – Consultório médico



Figura 5 – Consultório odontológico

3.1 Equipe Azul

A equipe azul é composta por três ACS, dois auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e uma médica (contratada). A equipe tem educação permanente uma vez por semana e reuniões de equipe todas as terças-feiras de 9 às 11 horas. Em menos de um ano três médicos fizeram parte da equipe o que dificultou os trabalhos. Eles fazem grupos operativos de hipertensão arterial e diabetes mellitus e a enfermeira é que realiza a prevenção de câncer de colo de útero, puericultura e se responsabiliza também pela classificação. As auxiliares de enfermagem possuem escalas de serviço e revezam entre visitas domiciliares, curativos, sala de observação, vacinas, recepção e farmácia. As reuniões de equipe são proveitosas com discussões diversas e resolução de problemas referentes aos usuários. Apesar do pequeno número de ACS estas fazem o melhor que podem no atendimento de suas áreas atendendo também as áreas descobertas.

Atualmente a área de abrangência da equipe azul está sendo reestruturada, pois existe uma grande parte dela descoberta pelo atendimento e que está sendo cadastrada pela primeira vez pelas ACS. O que mais atrapalha o processo de trabalho da equipe é a rotatividade de médicos. Observei ainda que nem todas as ACS possuem seus indicadores consolidados não tendo domínio de sua área, ou seja, não sabem quantos são os usuários, os diabéticos, os hipertensos, etc. A enfermeira da equipe está sempre muito atarefada, pois a demanda espontânea é grande. Os horários de acolhimento da equipe ocorrem o dia todo não tendo horário específico, pois trabalha com a classificação de risco com o protocolo de Manchester.

Os profissionais do NASF (dois Fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, dois farmacêuticos, uma fonoaudióloga, uma Profissional de Educação Física, um psicólogo) atendem todas as equipes. Esse atendimento é organizado através das reuniões de matriciamento que ocorrem semanalmente com cada equipe.

O território de abrangência da equipe de saúde da família Marivanda Baleeiro tem hoje cerca de 2580 moradores e 736 famílias cadastradas, divididos em 6 microáreas. Dessas pessoas cadastradas 167 são idosos, 350 crianças menores de 1 ano, 969 mulheres e 515 adolescentes. O nível de escolaridade predominante é do ensino fundamental e médio incompleto e a atividade econômica predominante é o comércio. O quadro 2 apresenta algumas características da população atendida pela equipe azul.

Quadro 2 – Caracterização da população atendida pela equipe azul.

	Quantidade
Total de hipertensos	297
Total de diabéticos	62
Gestantes	28
Desnutridos/risco	00
Acamados	06
Asmáticos	36
Deficientes Físicos	08
At. Saúde Mental	22
TBC/Hanseníase	01/ 00
HIV	03
Portador de neoplasia	03

4 PLANO DE AÇÃO

Conforme diagnóstico situacional realizado na ESF Marivanda Baleeiro, foi selecionado como principal problema o elevado número de pessoas portadoras de DM.

Consideradas como epidemia na atualidade, (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. Não obstante, é certo que estes últimos sofrem de forma tanto mais acentuada quanto menor suas possibilidades de garantir políticas públicas que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2008).

Foram selecionados os seguintes nós críticos relacionados ao elevado número de pessoas portadoras de DM: (1) políticas ineficientes de promoção à saúde; (2) hábitos de vida inadequados.

Para solução dos nós críticos foram propostas algumas operações/projetos, os quais estão representados no quadro 3.

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós críticos”

Nó crítico	Operação / projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Políticas ineficientes de promoção à saúde	<p>“Saúde para todos”</p> <p>Criação de projetos de promoção à saúde</p> <p>Maior e melhor participação dos usuários em projetos já existentes</p>	Diminuição dos gastos públicos em saúde	Projetos e programas intersetoriais para crianças, adultos e idosos	<p>Organizacional: mobilização dos conselhos locais de saúde.</p> <p>Cognitivo: profissionais com conhecimento sobre o tema.</p> <p>Político: apoio da comunidade, entidades e outros setores do governo.</p> <p>Financeiro: recurso econômico para implantação dos projetos.</p>
Hábitos de vida inadequados	<p>“Vida Saudável”</p> <p>Modificar hábitos de vida inadequados, empoderamento dos indivíduos</p>	<p>Diminuição das DCNT</p> <p>Diminuição dos fatores de risco para o DM</p>	<p>Programas de atividade física já oferecidos na rede SUS BH e ações multiprofissionais</p> <p>Campanhas educativas</p>	<p>Organizacional: providenciar profissionais, local adequado, materiais.</p> <p>Cognitivo: capacitação dos profissionais envolvidos.</p> <p>Político: apoio intersetorial.</p> <p>Financeiro: recurso econômico para investimento no aspecto organizacional.</p>

O controle dos recursos críticos nas operações/projetos “saúde para todos” e “Vida saudável” se mostra favorável, onde o principal foco é o empoderamento dos usuários em relação à sua saúde predominando ações multiprofissionais com o objetivo de diminuir os fatores de risco para o DM.

No quadro 4 é possível verificar as ações estratégicas traçadas, a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Quadro 4 Elaboração do plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
“Saúde para todos” Criação de projetos de promoção à saúde	Diminuição dos gastos públicos em saúde	Projetos e programas intersetoriais para crianças, adultos e idosos	Apresentar o projeto e obter apoio das entidades envolvidas	Técnico superior de saúde: Profissional de Educação Física	Apresentar o projeto em 3 meses, início das atividades em 6 meses.
“Vida Saudável” Modificar hábitos de vida inadequados, empoderamento dos indivíduos	Diminuição das DCNT	Programa de atividade física (caminhada, ginástica e outros) Campanhas educativas	Apresentar o projeto de estruturação e organizacional	Técnico superior de saúde: Profissional de Educação Física	Apresentar o projeto em 3 meses, início das atividades em 6 meses.

Acredita-se que após a implantação do plano de ação, os usuários portadores de DM da equipe estudada estarão orientados e encaminhados à prática de alguma atividade física já existente ou implantada pela equipe de profissionais da unidade com apoio intersetorial.

O acompanhamento desenvolvido no plano de ação será contínuo através das ACS da equipe, das consultas de rotina e dos profissionais que atuarem diretamente nos projetos desenvolvidos realizando uma reavaliação da saúde integral dos usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidências suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção das DANTS e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral.

Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis de saúde. Este desafio é sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, F.S. **Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2.** [Dissertação – Mestrado em Saúde Pública]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2004.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Protocolo de diabetes Mellitus.** Coordenação da saúde do adulto e do idoso. Belo Horizonte, 2010.
- BRANDÃO, A., *et al.* I Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro Cardiologia.** v. 95, n.1, Supl 1, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2010:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas: evolução e tendências atuais.** Brasília, 1988. 46p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- ESPÍRITO SANTO, M.B. *et al.* Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem.** v. 15, n. 1, p. 88-101, jan/abr, 2012.
- FERRAZ, A.E.P. *et al.* Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. **Medicina,** Ribeirão Preto, v.33, p. 170-175, abr./jun, 2000.
- FUNG, T.T. *et al.* Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. **American Journal of Clinical Nutrition,** v.73, n.1, p. 61-67, 2001.
- GUEDES, D.P; GUEDES, J.E.R.P. **Exercício físico na promoção da saúde.** Londrina: Midiograf, 1995.
- GUERRERO-ROMERO, J.F.; ALVARADO-RUIZ, R.; RODRIGUEZ-MORAN, M. Probabilidad acumulada de hipertensión en diabeticos y de diabetes en hipertensión. **Rev Invest Clin.** v. 50, n. 4, p. 281-285, jul/aug, 1998.

KNUTH, A.G. *et al.* Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 513-520, mar, 2009.

MARCELLINO *et al.*, Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

MELLO FILHO J. Curso sobre diabetes mellitus. Aula 6 II Aspectos psicológicos do diabetes mellitus. **Med HUPE-UERJ**. v. 2, p. 257-622, 1983.

MENEZES, M.C. *et al.* Fatores associados ao Diabetes Mellitus em participantes do Programa 'Academia da Cidade' na Região Leste do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2007 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 439-448, out/dez, 2011.

MERCURI, N. *et al.* Atividade Física e Diabetes Mellitus . **Diabetes Clínica**, Buenos Aires, v. 4, p. 347-349, 2001.

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out/dez, 2008.

PAFFENBARGER, R. Physical exercise to reduce cardiovascular disease risk. **Proceedings of the Nutrition Society**, v.59, p. 421–422, 2000.

POPKIN, B.M. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. **The Journal of nutrition**, v. 131, n. 3, p. 871S-873S, 2001.

POWERS, S.K.; HOWLEY, E.T. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2000.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. S29-S36, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes/Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2003, 2.ed, Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Tratamento e Acompanhamento do diabetes mellitus, 2006.

TORRES, H.C. *et al.* Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 2, p. 291-298, 2009.

UKPDS 34 – UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 34. *Lancet*, London, v.352,

n.9131, p.854-65, 1998. Apud: SILVA, T.R. *et al.* Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade** v.15, n.3, p.180-189, set-dez 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva (SZ): WHO; 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO Expert Consultation,** Geneva, 2003, WHO technical Report Series n. 916, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.