

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ROSMÉRE LASTA**

**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO A PESSOA COM DIABETES MELLITUS:  
UMA PROPOSTA A PARTIR DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ROSMÉRE LASTA**

**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO A PESSOA COM DIABETES MELLITUS:  
UMA PROPOSTA A PARTIR DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Veridiana Tavares Costa**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **Organização do cuidado a pessoa com diabetes mellitus: uma proposta a partir da estratificação de risco** de autoria da aluna **Rosmére Lasta** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

---

**Profa. Ma. Veridiana Tavares Costa**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **AGRADECIMENTOS**

Às colegas Dr.<sup>a</sup> Silvia Takeda e Enf. Lisiane Divinar Périco, pelo auxílio e incentivo durante as discussões e elaboração deste plano de intervenção.

À Equipe de Saúde da Unidade Divina Providência, pela colaboração e pelo aceite em participar da construção do plano de intervenção.

À orientadora Veridiana Tavares Costa, pelo suporte e pelas suas correções e incentivos, e à tutora Thaise Honorato que, inicialmente, esteve presente nesta caminhada, trazendo e discutindo as questões teóricas- prática.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
1.1	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	9
1.2	Objetivo Geral.....	9
1.3	Objetivos Específicos:.....	9
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>10</b>
2.1	A DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO MODELO PARA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO .....	10
2.2	ORGANIZANDO O CUIDADO AS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS POR MEIO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO .....	12
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADO E ANÁLISE</b> .....	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>24</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>26</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>29</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>31</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Classificação por estratos/níveis de risco da população com DM do território e distribuição da estratificação de risco das pessoas com DM não controlada. .... 20

Figura 2 – Distribuição das pessoas com DM não controlada estratificadas de acordo com os diferentes estratos de risco e ações de saúde recomendadas por nível de atenção segundo Strumer, Bianchini, 2013. .... 20

## RESUMO

O Diabetes Mellitus vem destacando-se como uma condição de saúde que reflete altas taxas de morbimortalidade, necessitando que os profissionais de saúde adotem estratégias para organização do cuidado na atenção primária. Este estudo teve por objetivo construir uma proposta de intervenções para a pessoa com diabetes mellitus não controlada a partir da estratificação de risco em um serviço de atenção primária a saúde. Caracterizou-se como prática de intervenção, e teve como produto uma tecnologia de concepção. O estudo foi realizado em uma unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição, de novembro 2013 a março de 2014. Os profissionais envolvidos foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, odontólogos, assistente social, psicólogo, técnicos em higiene bucal, técnicos administrativos, agentes comunitários de saúde, nutricionista e farmacêutica. Os resultados evidenciaram que das 123 pessoas estratificadas, 79 eram diabéticos e os maiores percentuais concentraram-se nos estratos 4 (alto risco -39,3%) e 3 (médio risco- 30,4% ), seguidas pelo estrato 2 (baixo risco- 25,3%) e 5 (muito alto risco- 5%). Das 33 pessoas com diabetes mellitus não controlada, houve maior concentração no estrato 4 (alto risco-66,7%), seguido pelo estrato 3 (médio risco-21,3%), estrato 5 (muito alto risco- 6%) e estrato 2 (baixo risco- 6%). As intervenções estruturaram-se em atenção individual e ação multiprofissional coletiva. Conclui-se que a estratificação de risco mostra-se efetiva na organização do cuidado, norteador das ações. Acredita-se que essas práticas possam contribuir no controle da doença e melhora dos resultados em saúde.

**Palavras- Chave:** Diabetes Mellitus. Estratificação de Risco. Organização do Cuidado.

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um sério problema de saúde pública em nível mundial (MOURA et al., 2011; SCHMIDT, et al.; 2011; MS, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que essa problemática represente 45,9% da carga global das doenças e 58,5% dos óbitos ocorridos no mundo (MOURA et al., 2011; MALTA et al, 2008). Em 2007, no Brasil, 70% das mortes foram atribuídas às doenças cardiovasculares (DCV), às renais crônicas, às neoplasias e ao diabetes *mellitus* (DM) (BRASIL, 2011, MS,2008)

Diante do exposto, percebe-se que as condições crônicas de saúde vêm ocasionando mudança no perfil demográfico, epidemiológico e de morbimortalidade da população (MOURA et al, 2011; BRASIL, 2011). Isso resulta no aumento da carga das condições crônicas, dentre elas, o DM (MS,2008; MS, 2011; BRASIL, 2011). Soma-se a isso o alto custo associado ao seu cuidado, bem como a redução da expectativa de vida das pessoas (SOUZA et al., 2012).

Assim sendo, “o cuidado às condições crônicas de saúde necessita de respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde, das pessoas portadoras destas condições e família, para garantir o seu controle” (MENDES, 2012). Isso implica modificação do modelo de atenção atual, passando de um cuidado fragmentado e episódico para um cuidado integral e articulado entre as redes de atenção e composto por uma equipe multiprofissional, para que possam responder com maior efetividade, eficiência e segurança as situações de saúde (MENDES, 2012).

A publicação da Portaria N.º 252, de 19 de fevereiro de 2013, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e das Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidados Prioritários, aponta para adoção de um novo modelo de atenção (MS, 2013). Diante desse contexto, tem sido um desafio para os serviços de Atenção Primária e Políticas de Saúde organizarem-se, para darem conta de forma efetiva das condições crônicas.

Por isso, faz-se necessário modificar a forma usual de trabalho das equipes de saúde, para que se constituam formas de abordagem diferenciadas e efetivas (BRASIL,



2011), visto que os serviços de atenção primária, ao estarem organizados, contribuem para o alcance de melhores resultados em saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

Uma das ferramentas tecnológicas recomendadas para a reorganização da atenção às pessoas com condições crônicas na atenção primária é a estratificação de risco. Estratificar é dividir, separar por estratos/camadas, agrupando as pessoas por similaridade de problemas de saúde. Além do mais a estratificação de risco produz impacto positivo na qualidade de vida dessas pessoas, reduzindo o número de internações e as taxas de permanência nos hospitais, e também contribui para uma melhor qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2012).

Dessa forma, respostas das equipes de Atenção Primária a Saúde (APS) devem estar relacionadas às necessidades das pessoas. Essas respostas diferenciam-se de acordo com cada estrato de risco, ou seja, se as equipes de saúde avaliarem os riscos de cada pessoa com DM observarão que apresentam diferentes riscos, diferentes vulnerabilidades, portanto, diferentes necessidades, e, conseqüentemente, necessitam de diferentes respostas da equipe de saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012; TAKEDA et al., 2013).

Por isso, faz-se necessária a implementação de intervenções por parte dos profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem. Essas intervenções devem ser coerentes com as condições de saúde das pessoas que convivem com o DM. Com isso, adotar a estratificação de risco no cuidado com essas pessoas torna-se relevante, uma vez que a equipe pode evidenciar qual a classificação, o nível de atenção/estrato em que a pessoa está classificada, e qual é o melhor cuidado indicado, norteados o planejamento das intervenções organizadas pela equipe de saúde.

Diante do exposto, o presente trabalho propôs a adoção da estratificação de risco para organização do cuidado com a pessoa com DM não controlada em um serviço de Atenção Primária a Saúde. Isso foi definido a partir da experiência do cotidiano de trabalho e também pelo fato do DM ser uma condição sensível às ações da Atenção Primária. Entretanto, considera-se que novas tecnologias devam ser incorporadas para organizar e qualificar a assistência às pessoas com condições crônicas e melhorar os resultados das ações e serviços de saúde.

Assim sendo, faz-se necessário a elaboração de um plano de intervenção e cuidados por parte dos profissionais de saúde o qual contemple as pessoas com diabetes não controlado, com a finalidade de atingir e manter os níveis glicêmicos e as condições clínicas dentro da normalidade; evitar ou retardar as lesões em órgãos alvo; trabalhar

com redução de danos nos casos em que as comorbidades já estejam instaladas; propor intervenções para os fatores de risco modificáveis.

## 1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

### 1.2 Objetivo Geral

Construir uma proposta de intervenções para a pessoa com diabetes mellitus não controlada a partir da estratificação de risco em um serviço de atenção primária a saúde.

### 1.3 Objetivos Específicos:

- Identificar os estratos/níveis de risco de um serviço de atenção primária a saúde para a pessoa com DM;
- Conhecer a distribuição da população de diabéticos com condição não controlada conforme risco;
- Elaborar uma proposta de intervenção para os pacientes com diabetes não controlada.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 A DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO MODELO PARA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) caracterizam-se por apresentarem um curso longo ou permanente (MENDES, 2012). Além disso, apresentam aumento crescente de casos novos, e sua condição de morbimortalidade é maior nos países mais pobres (MOURA et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011; BRASIL, 2011, MALTA et al, 2008). As principais condições crônicas responsáveis pela carga global das DCNT, no Brasil, são: as doenças cardiovasculares, o diabetes, a neoplasia e as doenças respiratórias crônicas (SCHMIDT et al., 2011; MS, 2011; BRASIL 2011).

As DCNT apresentam alguns fatores de risco em comum, entre eles, elevação dos níveis de colesterol, sobrepeso e obesidade, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e uso de álcool (MS,2008; MS, 2011; BRASIL, 2011; MOURA et al., 2011; SCHMIDT, et al., 2011, MENDES, 2012). Esses fatores de risco necessitam de intervenções de promoção e prevenção, papel a ser desenvolvido pela atenção primária a saúde (APS). As condições crônicas são sensíveis à APS e seu adequado manejo evita hospitalizações, mortes e complicações (MENDES, 2012).

O DM está associado a complicações micro e macrovasculares, e têm alta morbimortalidade, requer cuidado, orientações e educação contínua da equipe de saúde e suporte, para prevenir complicações agudas e reduzir risco de complicações crônicas (SOUZA et al., 2012). Além disso, essa patologia é causa de amputações não traumáticas de membros inferiores, cegueira e doença renal crônica e, associada a hipertensão, é responsável pela primeira causa de mortalidade, diálise e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

O DM apresenta uma prevalência elevada a nível mundial, e aumenta de acordo com a idade da população e nutrição inadequada (BRASIL, 2013a). Além disso, segundo dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013b), a frequência de diagnóstico médico de diabetes no Brasil é de 7,4%, e Porto Alegre é de 8% (BRASIL, 2013b). No Serviço de Saúde Comunitária (SSC), do Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC) é de 8%

(SIS/SSC, dez. 2013). De acordo com a (OMS, 2003) estima-se que o Brasil passe para 11,3% em 2030. As hospitalizações por DM equivalem a 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SCHMIDT et al., 2009).

Na última década, houve aumento das taxas de mortalidade por diabetes (MS, 2011). Segundo dados de um Serviço de Atenção primária de Porto Alegre, 80% das mortes entre 2003 e 2010 dizem respeito às DCNT, sendo que, em 2010, a segunda causa de morte foi por DM, correspondendo a 12% de todos os óbitos ocorridos (TAKEDA et al. 2013). Isso evidencia a relevância da discussão do DM no contexto das ações de controle no âmbito das DCNT. Considerando a magnitude dessa problemática, o Ministério da Saúde (MS) estruturou e lançou o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, entre 2011- 2022 (MS, 2011).

Atendendo às diretrizes ministeriais, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), serviço de Atenção Primária à Saúde vem desenvolvendo desde 2011 ações no sentido de qualificar e reorganizar o modelo de assistência às pessoas com condições crônicas, entre elas a DM. Diante disso, concretizaram-se as ações de educação permanente aos profissionais de saúde no intuito de sensibilizar as equipes no que se refere ao processo de cuidado e uso dos protocolos. Além disso, vem sendo discutido e estruturado no serviço novas tecnologias de cuidado, dentre elas, a organização do cuidado a partir da estratificação de risco.

As condições crônicas levaram ao desenvolvimento de novos modelos de atenção à saúde. Isso culminou na elaboração do modelo de atenção as condições crônicas (MACC) para ser usado no Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção, articulando-as as intervenções sanitárias. Além do mais, as redes de atenção em saúde organizam as ações e serviços de saúde, entre os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário); no entanto, precisam estar estruturados de forma a garantir acesso aos serviços e prestar ação/cuidado continua e integral a população (MENDES, 2010, 2012).

Para atingir melhores resultados em saúde é necessário mudar a lógica de atenção passando dos modelos fragmentados para modelos integrados de atenção à saúde por intermédio das redes de atenção. As redes são modelos de atenção à saúde que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades de uma condição ou doença. No entanto, percebe-se uma fragilidade dessas redes em nosso país. Isso implica necessidade de avançar-se, para que se possa dar conta de forma

efetiva à implementação das ações e cuidados que permeiam o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (PNDC) (MENDES, 2010; MENDES, 2012; TAKEDA, 2013, BRASIL, 2011; BRASIL, 2013c).

Diante desse contexto, o MS organizou a linha de cuidado do DM com a finalidade de fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado em todos os pontos de atenção. Isso deve ser organizado de forma que o fluxo assistencial seja garantido para pessoas com DM, em especial aqueles com glicemia alterada. No entanto, para que isso se concretize, é preciso a interlocução e a realização de pactos entre os gestores municipais, distritais, regionais e do estado (BRASIL, 2013a).

## 2.2 ORGANIZANDO O CUIDADO AS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS POR MEIO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação dos riscos de uma população define as estratégias de intervenções em autocuidado e em cuidado profissional, de maneira que norteie a organização dos serviços e dos processos de trabalho. A estratificação segundo os riscos individuais ajuda a equipe de saúde a responder melhor conforme a necessidade de cada usuário, e, desse modo, alcançar maiores proporções de pessoas cuja condição clínica permaneça sob controle evitando lesões de órgãos alvo e hospitalizações (MENDES, 2012).

A realização da estratificação considera a severidade da condição crônica instalada. Essa estratificação é classificada em: baixo, médio, alto e muito alto risco e/ou presença de comorbidades. Quanto à capacidade e/ou apoio para o autocuidado classifica-se em baixo, médio e alto (MENDES, 2012). Com base nesse modelo Stürmer e Bianchini, (2013) elaboraram um instrumento para ser usado ao estratificar os pacientes com DM e hipertensão arterial (Anexo). A partir de então, o SSC, um serviço de atenção primária à saúde (BRASIL, 2011), iniciou em 2013 a estratificação de risco com a finalidade de organizar o cuidado com as pessoas com condições crônicas de acordo com a necessidade de cada grupo ou pessoa, classificando-as por nível atenção,

conforme o grau da severidade da doença (Anexo A, Tabela 1) e a capacidade de autocuidado (Anexo A, Quadro 1).

A classificação quanto ao grau da severidade da doença é pontuada de acordo com a clínica, que varia do Grau 1 ao Grau 4. No que se refere ao autocuidado, avalia-se como suficiente ou insuficiente, considerando a clínica e o contexto onde a pessoa está inserida, as redes de suporte, a aceitação e a compreensão da própria condição crônica pelo paciente e a motivação para as mudanças. Essa classificação irá determinar os diferentes níveis/estratos de risco e as ações recomendadas de acordo com o nível de atenção.

A seguir, apresenta-se a descrição dos níveis de atenção e as ações recomendadas, segundo Mendes, 2012; Stürmer e Bianchini, 2013 (Anexo A, Figuras 1 e 2).

- Nível de Atenção 1 (base da pirâmide): é indicado para aquelas pessoas sem doença instalada; como ação, sugerem-se grupos de educação em saúde (grupo para cessação de tabaco, caminhada).
- Nível de Atenção 2: é indicado para as pessoas com presença de condição crônica simples; como ação, indica-se atenção compartilhada em atividade de grupo, como consulta coletiva.
- Nível de Atenção 3: é indicado para aquelas com presença de condição complexa; sugere-se atenção individual/compartilhada em atividade de grupo, como consultas sequenciais, multidisciplinares e-ou consulta coletiva.
- Nível de Atenção 4: é indicado para as pessoas com alto risco ou para aquelas com condição crônica complexa; nesses casos sugerem-se atenção individual e consultas sequências e multidisciplinares.
- Nível de Atenção 5: indicado para as pessoas que apresentam maior gravidade e capacidade para o autocuidado insuficiente; sugere-se gestão de caso.

Para Takeda et al. (2012) e Mendes (2012), as pessoas apresentam diferentes vulnerabilidades, logo, diferentes necessidades em saúde, e necessitam de diferentes respostas dos serviços de saúde. Após a estratificação ser realizada, é necessário organizar o cuidado das pessoas com diabetes de acordo com as necessidades encontradas e conforme o nível de atenção que podem ser por intermédio de

atendimentos individuais, coletivos, gestão de caso e pelo autocuidado apoiado (Anexo A, Figura 2).

Segundo Schmidt et al. (2009), a elevada morbimortalidade associada ao diabetes demanda estratégias de promoção da saúde e a detecção de grupos de risco para intervenções preventivas. Assim sendo, ao reformular o modelo de atenção e incorporar novas tecnologias e práticas em saúde pode-se contribuir para o cuidado com as pessoas com condições crônicas assim como na melhora dos resultados em saúde (BRASIL, 2011; MENDES, 2012).

O sistema necessita avançar dentro dessa lógica e incorporar as novas tecnologias e formas de cuidado na prática. De acordo com Starfield (2002), Brasil (2011), Mendes (2012) e Takeda et al. (2013), essas mudanças nos serviços de saúde impactam no sentido da redução da morbimortalidade e consequente melhora da qualidade de vida das pessoas com condições crônicas.

As ações multiprofissionais e coletivas são mais efetivas no cuidado com as pessoas com condições crônicas, permite o cuidado integral. Soma-se a isso o fato de que a prevenção de riscos apresenta maior impacto, quando voltada para populações do que para indivíduos (MENDES, 2012; LENZ; PIRES, 2011). Isso implica sugestão de diferentes tecnologias, entre elas, a consulta sequencial, a consulta multiprofissional coletiva e a gestão de caso (MENDES, 2012; TAKEDA; MENDONÇA; DIERCKS, 2014).

Na consulta sequencial, ocorrem duas atividades, um momento coletivo em que se desenvolvem ações de educação em saúde e consulta clínica individual com profissionais de diferentes núcleos. Já a consulta multiprofissional coletiva é realizada para um grupo com necessidades semelhantes com a participação de diferentes categorias profissionais, podendo ser realizado alguns cuidados clínicos e ter momento individual se for avaliado necessário. A gestão de caso é indicada para aqueles que estão no topo da pirâmide, ou seja, para as pessoas com condições crônicas complexas. Estes necessitam maior atenção dos profissionais, uma concentração maior de cuidados pela equipe e de atenção especializada (MENDES 2012).

Assim, é importante promover o empoderamento dos sujeitos quanto ao seu próprio cuidado e à responsabilidade sobre sua saúde, apoiados pela família e equipe de saúde (MENDES 2012). Corroborando, Malta e Merhy (2010) apontam que esse processo favorece a produção da autonomia do usuário, fortalecendo a capacidade de a pessoa cuidar de si e de fazer escolhas responsáveis que garantam uma melhor

qualidade de vida. Nessa perspectiva, a estratificação de risco é importante na organização do cuidado das pessoas com DM, uma vez que permite a equipe conhecer o perfil da população com a condição crônica, identificar qual a principal necessidade de cada pessoa/grupo e qual a ação mais efetiva para um determinado grupo de pessoas. Contudo, estratificar permite identificar o problema de forma mais ampliada e norteia as estratégias da atenção, o planejamento em si.

Além das questões clínicas, os determinantes sociais também afetam diretamente a saúde dos pacientes (BRASIL, 2013c). Estratificando, questões mais abrangentes como a autonomia do paciente e a rede familiar envolvida também podem ser identificadas, de maneira que, ao organizar o cuidado para com as pessoas com DM na atenção primária, considera-se que as ações sejam mais efetivas, com melhores resultados em saúde, e reduzam-se as internações e eventos mais grave ao longo da vida.



### 3 MÉTODO

O presente trabalho constitui-se em uma tecnologia de concepção que se concretiza como desenhos/projetos para o cuidado (NIESTECHE, 2000; PRADO et al. 2009).

A tecnologia apresentada foi construída a partir da reflexão crítica sobre a realidade e prática profissional em um serviço de Atenção Primária à Saúde.

O contexto do estudo foi uma unidade de saúde caracterizada como um Serviço de Saúde Comunitária (SSC) que faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), situado na zona leste de Porto Alegre, RS (BRASIL, 2011).

A organização do serviço dessa unidade de saúde é realizada por uma equipe multiprofissional composta pelos núcleos de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), medicina, odontologia, assistência social, psicologia, técnicos em higiene bucal, técnico-administrativos, agentes comunitários de saúde (ACS), e, como matriciadores, a nutricionista e a farmacêutica.

No território dessa unidade de saúde, há 4.675 pessoas cadastradas, sendo 2.503 do sexo feminino e 2.172 do sexo masculino. Deste total, 3.529 (75,48%) são adultos com idade maior ou igual a 18 anos, e, entre eles, estima-se que 282 pessoas tenham DM 8%. No entanto, conforme dados do serviço, 347 pessoas já consultaram na unidade de saúde, e tiveram o diagnóstico de DM (9,8%) (SIS/SSC, nov. 2013). Conforme série histórica 2003-2010, no SSC/GH entre as cinco principais causas de óbito ocorridos no serviço estavam as doenças cardiovasculares e o diabetes. Em 2010, a segunda causa de morte foi por DM.

Quanto ao gênero, durante o período, verificou-se que em 2010, 51% foram óbitos masculinos e 49% óbitos femininos. Os indicadores de mortalidade por causa básica do óbito encontrados no SSC continuam acompanhando as tendências nacional, estadual e de Porto Alegre (FLORES; TAKEDA, 2012).

Quanto ao controle glicêmico, na última avaliação/consulta, 51% estavam com sua condição controlada, 22% não controlada, 27% ignorada. Em relação à hemoglobina glicada (HbA1C), informações referentes à distribuição dos diabéticos que consultaram nos últimos seis meses, 46% apresentam a HbA1C abaixo de 7%; 8% entre 7 e 7,4%; 7% entre 7,5 e 8%; e 39%, quarenta pessoas acima de 8% (SIS/SSC, nov. 2013), e,

conforme dados atualizados do sistema *on-line* janeiro de 2014, são 48 pessoas sem controle.

É importante destacar que, apesar de as pessoas com DM, nesse serviço, terem acesso às consultas de enfermagem, médicas, nutricionista e farmacêutica ainda há um número elevado de pessoas sem controle da condição clínica, com presença de fatores de risco modificáveis e comorbidades.

Atendendo às diretrizes ministeriais em relação ao enfretamento das DCNT, o SSC, em 2013, incorporou em sua prática uma nova tecnologia em saúde – a estratificação de risco –, para reorganizar a atenção às pessoas com condições crônicas, levando-se em consideração a severidade da condição crônica e a capacidade de autocuidado. Dessa forma, os profissionais envolvidos na organização do cuidado com pessoas com DM vêm classificando as pessoas com DM por estrato de risco, derivando em intervenções locais por nível de atenção.

Os sujeitos envolvidos na construção da proposta de intervenção foram os profissionais que constituem a equipe multiprofissional de saúde e uma pessoa do matriciamento, cuja função é apoio ao planejamento das intervenções locais para as DCNT. Destaca-se que os sujeitos que serão potencialmente atingidos com essa proposta de intervenção serão os pacientes com DM sem controle da condição clínica.

O período do planejamento e discussão da proposta de intervenção ocorreu entre novembro 2013 e março de 2014.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi realizada, primeiramente, uma revisão de literatura, objetivando aprofundar a temática do estudo.

Em seguida, foi realizada uma consulta ao Sistema de Informação em Saúde (SIS) do Serviço de Saúde Comunitária. Essa etapa foi realizada de novembro de 2013 a janeiro 2014. Nela, foram obtidas informações gerais sobre a população com DM, assim como, informações referentes às pessoas com DM não controlada. Isso foi necessário para identificar o número exato de pessoas com DM não controlada, assim como conhecer a população estratificada e a classificação por estratos de risco.

Após o levantamento supracitado, realizou-se uma nova consulta ao SIS-*on-line* para selecionar informações necessárias para classificar os pacientes por estratos de risco, executada pelo pesquisador principal desta proposta de intervenção prática.

No mês de fevereiro de 2013, foi elaborada a pirâmide de risco com o perfil dos diabéticos do território por níveis/estrato de risco e a distribuição das pessoas com DM

não controlada por grupo conforme o estrato de risco, com a indicação do cuidado de acordo com o nível de atenção.

Ainda no decorrer desse mês, foi realizada uma reunião de equipe em que foram apresentados o resultado da estratificação de risco e o plano de intervenção elaborado para implementação futura. Esse plano foi discutido e aprovado pela equipe.

Em relação aos procedimentos éticos, foram apresentados à equipe os objetivos do projeto, esclarecidas as dúvidas e foi informado acerca das suas etapas. Durante a elaboração de algumas etapas do planejamento, houve registro das reuniões em ata e registro de presença em uma lista.

Vale ressaltar que, por não se tratar de pesquisa, e, sim, da elaboração de um plano de intervenção, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Assim, as informações utilizadas para realização dos estratos de risco foram dados secundários fornecidos pelo Sistema de Informação do Serviço (SIS/SSC). Diante disso, o presente estudo não se caracterizou como uma pesquisa e, sim, como um projeto de intervenção prática que terá como produto uma tecnologia de concepção.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

O objetivo do presente trabalho foi alcançado, uma vez que se concretizou a elaboração de uma proposta de intervenções em um serviço de atenção primária à saúde para pessoas com diabetes *mellitus* não controlada, tomando por base a estratificação de risco. De acordo com Mendes (2012), a estratificação dos riscos de uma população norteia a organização dos serviços e dos processos de trabalho, define as estratégias de intervenções em autocuidado e em cuidado profissional e ajuda a equipe de saúde a responder melhor às necessidades de saúde das pessoas com condições crônicas.

Ao consultar os dados do Sistema de Informação do Serviço de Saúde Comunitária (SIS/SSC), identificou-se que, na unidade de saúde, contexto desse estudo, há 354 pessoas diabéticas, com prevalência de 9,8% (SIS, 2014). Na literatura, encontra-se descrito que a associação entre ambas as condições é em torno de 50%, sendo menor que as encontradas no local do estudo que equivalem a 85%. Isso requer manejo concomitante (BRASIL, 2011).

A DM e HAS são problemas de saúde considerados próprios da APS, são condições sensíveis à APS e o bom manejo desses problemas na APS evita hospitalizações e mortes por complicações (ALFRADIQUE, 2009).

Foram estratificados 123 pessoas, 79 com diagnóstico de DM. Destas, 87,3% apresentam HAS associada. Quanto ao resultado da classificação por estratos/níveis de risco da população com DM do território, verificou-se que, no estrato 5 (muito alto risco), ápice da pirâmide, foram identificadas quatro pessoas (5%); no estrato 4 (alto risco), trinta e uma pessoas (39,3%); no estrato 3 (médio risco), vinte e quatro pessoas (30,4%); no estrato 2 (baixo risco), vinte pessoas (25,3%); e, no estrato (1), nenhuma pessoa, uma vez que esse estrato refere-se às pessoas não doentes. Entretanto, o número de pessoas com DM classificadas até o momento é de 34,7%, o resultado é parcial e não se sabe se será mantida a mesma proporcionalidade.

Entre as pessoas estratificadas, 33 (41,78%) apresentam DM não controlada. Destas, 54,5% são do sexo feminino e 45,5%, do sexo masculino, a faixa estaria encontrada foi de 30 a 90 anos, e o maior percentual encontrado foi na faixa etária de quarenta a cinquenta anos e de sessenta a setenta anos. Em relação à estratificação, as pessoas estão distribuídas da seguinte forma: muito alto risco (estrato 5) – duas pessoas (6%); alto risco (estrato 4) – 22 pessoas (66,7%); médio risco (estrato 3) – sete pessoas

(21,3%); baixo risco (estrato 2) – duas pessoas (6%) respectivamente. Entre os diabéticos não controlados 15 pessoas ainda não haviam sido estratificadas, no entanto, para participarem das ações coletivas deverão ser previamente estratificadas.

Figura 1 - Classificação por estratos/níveis de risco da população com DM do território e distribuição da estratificação de risco das pessoas com DM não controlada.



Figura 2 - Distribuição das pessoas com DM não controlada estratificadas de acordo com os diferentes estratos de risco e ações de saúde recomendadas por nível de atenção segundo Strumer, Bianchini, 2013.

	Nível de atenção	Ação de saúde predominante	Exemplos de atividades
2 pessoas	5	Gestão de caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
22 pessoas	4	Atenção individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares.
7 pessoas	3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual.
2 pessoas	2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta coletiva.
0	1	Grupos de educação em saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, Saúde no Prato.

Esses resultados traduzem que, na medida em que as pessoas se encontram classificadas em escala crescente na pirâmide, maiores são os riscos e vulnerabilidade, severidade da condição crônica e menor a capacidade de autocuidado, por consequência, há necessidade de intervenções mais intensas e focadas ao longo do tempo para esses estratos, com ações individuais e coletivas e gestão de caso.

Em virtude da distribuição dos estratos de risco 2 e 3 apresentarem um número reduzido, inviabilizam as atividades coletivas, e eles serão inseridos no grupo das pessoas com HAS não controlada, visto que a associação de ambas as condições é elevada, não trazendo prejuízo no cuidado. Ainda, será realizado um quinto encontro somente para os DM não controlados para abordagem do cuidado e avaliação dos pés.

Considerando as metas institucionais, os dados epidemiológicos e o resultado da estratificação de risco acima descritos, elaborou-se uma proposta de intervenção para as pessoas com DM não controlada para ser executada em 2014. Essa proposta foi construída e será executada, levando em consideração a matriz lógica (APÊNDICE A).

Durante o planejamento, alguns ajustes fizeram-se necessários, como retardar o início da intervenção, em função de outras prioridades do serviço neste momento, as ações coletivas foram reagendadas para maio, e o período para finalização manteve-se o mesmo (novembro) em função da avaliação das metas do SSC.

Considerando a vivência durante o estudo e o processo de planejamento das intervenções, de forma talvez empírica, a estratificação das pessoas com DM pode ser comparada a uma “fotografia” do momento, mas que se modifica de acordo com o avanço da estratificação, pois está em constante movimento. A classificação mostra onde as pessoas estão posicionadas dentro da pirâmide de risco, indicando quais são as ações e cuidados de saúde recomendados para cada sujeito/grupo de pessoas. Dessa forma, norteia o planejamento das intervenções organizadas pela equipe de saúde.

Entre as intervenções proposta constam atividades individuais e coletivas, como a consulta sequencial e consulta multiprofissional coletiva. As ações multiprofissionais e coletivas são mais efetivas no cuidado com as pessoas com condições crônicas; permite o cuidado integral; melhora a adesão às recomendações da equipe de saúde; amplia o autocuidado, e fortalece o vínculo com a equipe de saúde (MENDES, 2012; LENZ; PIRES, 2011). Frente a essas evidências, considera-se que as intervenções propostas apresentam pertinência, coerência e são relevantes.

O plano de ação descrito na matriz lógica apresentada contempla a consulta individual e as atividades coletivas multiprofissionais. Em relação às consultas

individuais, ocorrerão para estratificar os pacientes com DM não controlada e sem estratificação até o momento; para consultar pacientes sem controle e “faltosos”, ou seja, com atraso nas consultas; realizar o exame dos pés conforme protocolo (com diapasão), assim que o serviço disponibilizá-los; e realizar o treinamento dos profissionais; encaminhar os pacientes para avaliação oftalmológica (referência e contrarreferência). A gestão de caso também está incluída no planejamento. Por se tratar de casos mais complexos demanda a articulação entre os diferentes núcleos com ação interdisciplinar, e necessita de outros pontos da rede de atenção. Nessa modalidade, o cuidado ocorre na Unidade de Saúde e no domicílio, com suporte da família.

Entre as atividades coletivas serão ofertadas: consulta sequencial e consulta multiprofissional coletiva (quatro a cinco encontros com a mesma população), e os pacientes tabagistas serão convidados a participar do grupo de cessação de tabaco e inscritos.

A seguir especifica-se a distribuição dos temas elencados para as atividades coletivas e os respectivos responsáveis pelas atividades:

- DM (patologia) e fatores de risco e aspectos emocionais: enfermeira;
- saúde bucal e avaliação individual de todos os pacientes: equipe da odontologia;
- cuidados com os pés (avaliação com diapasão) e cuidados clínicos: enfermeira e medicina, aux. de enfermagem;
- abordagem sobre a importância da realização da realização de exercícios físicos, cuidados e atividade física orientada: auxiliar de enfermagem;
- oficina sobre alimentação saudável: nutricionista;
- abordagem sobre medicamentos e adesão medicamentosa no tratamento para DM: farmacêutica;
- avaliação psicossocial: assistente social.

O resultado esperado com a implementação dessa proposta de intervenção é o controle da condição clínica e da glicemia, a redução das comorbidades e complicações, como lesões em órgãos-alvo, a evitação de hospitalizações e idas aos serviços de urgência e a melhora da qualidade de vida dessas pessoas.

Entre os benefícios para a prática considerou-se a reorganização do processo de trabalho, a oferta das ações de saúde de forma sistematizada e, de acordo com a necessidade da população, a partir da estratificação de risco, um modelo para organizar

as ações para outras condições crônicas. Outra contribuição deste estudo refere-se ao maior número de pessoas estratificadas e em relação aos usuários acredita-se que irá fortalecer o vínculo entre eles, os profissionais e a Unidade de Saúde.

Acredita-se que a intervenção proposta possa contribuir na produção da atenção e dos resultados em saúde. No entanto, os resultados dessa intervenção serão avaliados por intermédio dos indicadores de saúde no decorrer do processo para proposição de possíveis mudanças no planejamento, caso os resultados não sejam os esperados. No caso de a produção do serviço apresentar êxito, poderá ser compartilhada com outras Unidades de Saúde do SSC e outros serviços, uma vez que essas tecnologias em saúde no Brasil são relativamente novas.

Os resultados desse estudo serão divulgados em Porto Alegre, na Escola de Saúde Pública, em 12 de abril de 2014, para banca constituída pelos professores e pelos colegas do Curso. Dar-se-á em forma de pôster. No GHC, será apresentado para a equipe na Unidade Divina Providência durante o mês de abril de 2014, e em seminário do SSC conforme disponibilidade do cronograma/agenda de reuniões do serviço.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este produto concretizou-se como uma tecnologia da concepção que será executada em um serviço de atenção primária para pacientes com DM não controlada, submetidos à estratificação de risco.

Os objetivos propostos foram concretizados, uma vez que permitiu, no decorrer do processo, transitar por suas etapas de planejamento, articular aspectos teóricos e práticos, compreender a magnitude do problema, refletir criticamente e a estruturar a proposta de intervenção com o envolvimento da equipe.

A organização do cuidado deu-se a partir da estratificação e classificação de risco e, por meio dela, foi possível identificar e conhecer a distribuição das pessoas por estratos/níveis de risco, além de definir as ações de acordo com os diferentes níveis de atenção. A estratificação de risco permitiu identificar os problemas de saúde das pessoas e, assim, classificá-las de acordo com o risco, agrupando-as por similaridade de problemas. Isso auxilia na definição das estratégias de atenção.

Nesta direção, ao organizar o cuidado por meio da estratificação de risco é possível avaliar a pessoa em sua singularidade, compreender melhor sua condição de saúde, identificar aspectos do cotidiano, como aqueles que facilitam ou dificultam o manejo e controle da doença. Soma-se a isso o fato desta estratégia nortear o planejamento e a organização do cuidado para as pessoas com DM não controlada.

Podem-se observar, no decorrer da elaboração da proposta de intervenção, mudanças positivas no cotidiano de trabalho, resultando em um aumento de pessoas estratificadas. Entre os benefícios para a prática estão a reorganização do processo de trabalho com orientação para o cuidado a partir da classificação de risco e a oferta das ações de saúde de forma sistematizada.

Outra contribuição deste estudo é o fortalecimento do vínculo estabelecido entre os profissionais da equipe da Unidade de Saúde. É importante destacar que a avaliação da equipe para este projeto de intervenção foi assinalada como positiva, uma vez que propiciou a organização do cuidado com as pessoas com DM não controlada. Além do mais, a proposta congregou ações que contemplam as características da população-alvo.

Almeja-se que esta proposta de intervenção sirva de modelo para a organização do cuidado nos serviços de atenção primária no contexto do cuidado com as pessoas com DM não controlada. Essa tecnologia em saúde poderá contribuir para o controle do

DM. Além disso, pretende-se que esta proposta possa ser aplicada para organização do cuidado com as pessoas que convivem com outras condições crônicas de saúde, tais como hipertensão e asma. No entanto, ressalta-se que a presente proposta de intervenção é uma tecnologia recente no Serviço e, por isso, precisa ser avaliada para então fortalecer-se como um modelo a ser replicado em outros contextos.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 14724**– Informação e documentação – trabalhos acadêmicos. 2011. Disponível em: <[http://www.ufvjm.edu.br/site/revistamultidisciplinar/files/2011/09/NBR\\_14724\\_atualizada\\_abr\\_2011.pdf](http://www.ufvjm.edu.br/site/revistamultidisciplinar/files/2011/09/NBR_14724_atualizada_abr_2011.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **NBR 6023**. (NB 66) – Informação e documentação – referências – elaboração. 2002. Disponível em: <<http://www.habitus.ifcs.ufrj.br/pdf/abntnbr6023.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **NBR 6027**, Informação e documentação – Sumário – Apresentação, maio 2003. Disponível em: <[http://www.ueap.edu.br/acervo/concursos/pibic2/normas/6027\\_2003.pdf](http://www.ueap.edu.br/acervo/concursos/pibic2/normas/6027_2003.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em serviço de atenção primária à saúde**. Organização de Sandra R. S. Ferreira, Itemar M. Bianchini, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde**. Organização de Sandra Rejane Soares Ferreira et al. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36),

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

FLORES, Rui; TAKEDA Silvia M. P. (Orgs.) **MS - relatório anual, 2011**. Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. 2012 GHC, Porto Alegre, 2012.

LENZ, M. L.; CAMILO, E.; PIRES, N. V.; FLORES, R. **Cuidado em equipe multiprofissional**. Capítulo adicional das rotinas à saúde das crianças e adolescentes com asma. nov. 2011.

MOURA E. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários de a saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, a. 16, n. 3, p. 2.011-2.022, 2011.

MALTA, Déborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface, **Comunicação Saúde Educação**. v. 14. n. 34. p. 593-605, jul./set.2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2.297-2.305, 2010.

\_\_\_\_\_. **O cuidado de condições crônicas na atenção primária à saúde**. O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOURA, E. C et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 486-496, mar. 2011.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N.º 252**, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252\\_19\\_02\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html)>. Acesso em: 22 jan.2014.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil 1990 a 2006. Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: DF; 2009. p. 339-363.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

NIESTCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória-possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí(RS): Unijuí, 2000.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PRADO, M. L. do et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul./set. 2009.

SCHIMDT, M. I. et.al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 61-74, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

\_\_\_\_\_; DUNCAN, Bruce B.; HOFFMANN, Juliana Feliciati; MOURA, Lenildo de; MALTA, Deborah Carvalho; CARVALHO, Rosa Maria Sampaio Vilanova de. Prevalência da diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 74-82, nov. 2009.

SIS/SSC. Consulta *on-line* realizada em: 23 jan. 2014 e 28 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Boletim mensal do sistema de informações em saúde do serviço de saúde comunitária**. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação, SSC, GHC. Porto Alegre, dez. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. nov. 2013.

SOUZA, C F et al. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. **Arq. BrasEndocrinolMetab**. v. 56, n. 5, p. 275-284, 2012.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STÜRMER, Pablo de Lannoy; BIANCHINI, Itamar. A atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. In: TAKEDA, Silvia; MENDONÇA, S. Claunara; DEVINAR, Lisiane Périco; FLORES Rui. **Diretrizes do SSC para o planejamento 2013**; orientações para a organização da assistência nas unidades de saúde do SSC e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Saúde Comunitária, Serviço de Saúde Comunitária (SSC), 2013. mimeo. Cópia disponível em: <[ssc@ghc.com.br](mailto:ssc@ghc.com.br)>.

TAKEDA, S. et al. **Buscando um indicador que permita melhor avaliar riscos/vulnerabilidade** – a capacidade de autocuidado. Versão preliminar, Porto Alegre, 2012. mimeo.

TAKEDA, S.; MENDONÇA, C.; DIERCKS, M. Cuidados ótimos em condições crônicas na atenção primária à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38 – no prelo).

TAKEDA, S et al. **Diretrizes do SSC para o planejamento 2013**; orientações para a organização da assistência nas unidades de saúde do SSC e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Saúde Comunitária, Serviço de Saúde Comunitária (SSC), 2013. mimeo. Cópia disponível em: <[ssc@ghc.com.br](mailto:ssc@ghc.com.br)>.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Matriz lógica

<b>MATRIZ LÓGICA:</b> Construir uma proposta de intervenções em um serviço de Atenção Primária a Saúde para pessoas com diabetes mellitus não controlada com base na estratificação de risco.						
<b>Situação Problema:</b> Pessoas com diabetes mellitus estratificadas e sem controle das condições clínicas (população alvo: 48 pessoas)						
<b>Objetivo Geral:</b> Manter os níveis glicêmicos controlados, reduzir as comorbidades e complicações como lesões em órgãos alvo, evitar hospitalizações e idas aos serviços de urgência e melhorar a qualidade de vida destas pessoas.						
O que fazer?	Estratégia De que maneira fazer? Ações, operacionalização	Com quem fazer?	Quando fazer? (Horário)	Onde fazer?	Material/ Recursos	Quem fará? Responsáveis
1. Revisão da literatura e discussão com apoio	1. Busca de artigos (base de dados), protocolos, livros Reunião com as colegas-pessoas chave do Serviço	Silvia Takeda Lisiane Périco	terça e quinta	em casa, posto monitoramento	Computador, relatórios, SIS...	Rosmêre
2. Acessar o relatório do SIS/SSC	2. Realizar busca dos dados da estratificação no sistema de informação	----	segunda	Posto de Saúde	Computador	Rosmêre
3. Construir a pirâmide risco	3. Através da análise dos dados da estratificação	----	segunda	Em meu domicílio	Computador e relatórios	Rosmêre
4. Informar a equipe os dados da estratificação dos pacientes com DM sem controle e	4.1. Em reunião de equipe socializar aos profissionais os resultados da estratificação de risco e níveis de atenção 4.2. Apresentar o plano de ação/intervenção. 4.3. Definir o grupo de trabalho para as ações coletivas e acordar como fazer.	Equipe	12/02 10/03	Posto de saúde	Papel Pardo, papel ofício, computador, caneta	Rosmêre e Rosemarie
5. Consultas individuais	5. Estratificar os pacientes (15) com diabetes não controlada ainda sem estratificação 5.1. Realizar avaliação dos pés conforme preconizado pelo protocolo (diapasão)-(aguardando o serviço fornecer e fazer a capacitação) 5.2. Encaminhar os pacientes para avaliação com oftalmologista 5.3. Traçar plano de cuidado em conjunto como o paciente e família 5.4. Consulta para os DMs sem controle, e "faltosos" /atraso nas consultas 5.4. Agendar consulta de revisão aos pacientes com atraso nas consultas 5.5. Agendar consulta individual após atividades coletivas conforme necessidade.	Pacientes	durante as consultas	Posto da saúde	Consultório, Prontuário  prontuário diapasão	Médicos Enfermeiras
6. Gestão de caso	6. Articulação/trabalho multi e interdisciplinar	Paciente e família	março	Posto saúde e domicílio	Agenda  Prontuário	Administrativo  Enfermagem, Serviço Social, Medicina, ACS, e intersectorialidade
7. Atividades coletivas  Consulta multiprofissional coletiva e consulta sequencial (4 encontros ao ano):  Abordagem: Educação em saúde, esclarecimentos de questões comuns ao grupo, cuidados clínicos (aféris, TA, peso, glicemia capilar, avaliação dos pés)	7. Listagem dos pacientes com DM sem controle-SIS-online 7.1. Confeção dos convites e busca ativa/ entrega dos convites para a atividade 7.2. Organização do local para recepção dos pacientes 7.3. Coordenação da atividade coletiva 7.4. Recepção das pessoas e listagem de presença 7.5. Realização da ata  7.6. Consulta multiprofissional coletiva e consulta sequencial: 4 encontros (dinâmica de abertura) 7.7. Patologia e fatores de risco, aspectos emocionais. 7.8. Saúde Bucal e avaliação individual 7.8. Cuidados com os pés, cuidados clínicos 7.9. Atividade física (grupo de caminhada) 7.10. Hábitos alimentares 7.11. Adesão a terapia medicamentosa 7.12. Avaliação psicossocial 7.13. Encaminhar para consulta individual se necessário	Pacientes com DM não controlada	Segunda  Planejamento 14:30 às 17:00	Posto de saúde Território Ponto de Cultura	computador, papel ofício, canetas	Coord. Ação Programática Rosmêre ACS
		Pacientes com DM não controlada	Quarta  Maio, agosto 9:00 às 11:30 setembro 14:30 às 17:00	Ponto de cultura	Data show Prontuários Lista de presença	Rosmêre ACS
		Pacientes com DM não controlada	Segunda  Junho, agosto 14:30 às 17:00	Ponto de Cultura	Prontuários Receituários Cada Profissional irá definir, e organizar o material de acordo com a dinâmica	Médicos Enfermeiro, Aux. Enf. Nutricionista, Farmacêutica, ACS
8. Grupo Tabagismo	8. Listagem dos pacientes com DM sem controle e tabagistas e convidar e inscrever para o grupo. Passar os nomes, telefone e prontuário e endereço para os	Pacientes com DM não controlada e	Quarta  Abril, junho, setembro (9:00 às 12:00)	Ponto de Cultura	Prontuários Data show Manual do paciente	Coord. Tabagismo

## **ANEXOS**



## ANEXO A – Instrumento usado na Estratificação de Risco do SSC

Tabela 1. SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA: descrição dos graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares e exemplos. Fonte: Stürmer & Bianchini. Serviço de Saúde Comunitária, 2013

GRAUS DE SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	Exemplos
<b>GRAU 1:</b> presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	- Tabagismo - Excesso de peso - Sedentarismo - Uso de álcool
<b>GRAU 2:</b> condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou médio risco	- Diabete melito e/ou hipertensão arterial sistêmica controlados conforme a meta, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco (ex Framingham).
<b>GRAU 3:</b> condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares	- Alto risco para doença cardiovascular (2º escore de risco) - Microalbuminúria / proteinúria - DM2 acima da meta glicêmica - Uso de insulina - HAS acima da meta pressórica - Hipertrofia ventricular esquerda
<b>GRAU 4:</b> condição crônica muito complexa ou de muito alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida)	- Cardiopatia isquêmica - AVC prévio - Retinopatia por DM - ICC classes II, III e IV - Insuficiência renal crônica - Vasculopatia periférica - Pé diabético / neuropatia periférica

Quadro 1. Situações que sugerem INSUFICIENTE capacidade para o autocuidado

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade de compreensão de sua condição crônica;</li> <li>- Desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhora da sua condição;</li> <li>- Baixo suporte social;</li> <li>- Não se vê como agente de mudança de sua saúde;</li> <li>- Recolhe-se em sua condição crônica, sem ação para melhora de sua condição;</li> <li>- Abandona o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas;</li> <li>- Depressão grave com prejuízo nas atividades diárias.</li> </ul>
--

Figura 1. Estratificação por NÍVEIS DE RISCO (ou estratos de risco) segundo duas dimensões: GRAU DE SEVERIDADE DA DOENÇA e CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO. Fonte: Stürmer & Bianchini. Serviço de Saúde Comunitária, GHG, 2013

GRAU DE SEVERIDADE da condição crônica	CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO	
	Insuficiente	Suficiente
GRAU 4	<b>ESTRATO 5</b>	<b>ESTRATO 4</b>
GRAU 3	<b>ESTRATO 4</b>	<b>ESTRATO 3</b>
GRAU 2	<b>ESTRATO 2</b>	<b>ESTRATO 2</b>
GRAU 1	<b>ESTRATO 1</b>	<b>ESTRATO 1</b>

Figura 2. Os diferentes estratos/níveis de risco e as ações recomendadas, com exemplos de atividades.

Nível de atenção	Ação de saúde predominante	Exemplos de atividades
5	Gestão de caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
4	Atenção individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta coletiva.
1	Grupos de educação em saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, Saúde no Prato.

Stürmer & Bianchini, 2012