

## **Territorialização em saúde: instrumento de aperfeiçoamento do cuidado ao usuário com Diabetes Mellitus tipo 2 no município de Taquara/RS**

**Samanta Andresa Richter** - Enfermeira. Mestranda em Desenvolvimento Regional (PPGDR), das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). E-mail: [samantarichter@sou.faccat.br](mailto:samantarichter@sou.faccat.br)

**Edemilson Pichek dos Santos** - Enfermeiro. Mestrando em Desenvolvimento Regional (PPGDR), das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). E-mail: [edemilson@sou.faccat.br](mailto:edemilson@sou.faccat.br)

**Gímerson Erick Ferreira** - Doutor em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E-mail: [gimersonferreira@faccat.br](mailto:gimersonferreira@faccat.br)

### **Resumo**

O presente estudo tem por objetivo analisar o território de um serviço de Atenção Primária à Saúde, como instrumento de cuidado ao usuário com Diabetes Mellitus tipo 2. Trata-se de um estudo de caso realizado na disciplina de Estágio Curricular da Atenção Básica do curso de Enfermagem/FACCAT, este desenvolvido em um serviço de saúde do município de Taquara, no período de agosto a dezembro de 2017. Para obter os resultados foram realizadas duas etapas: espacialidade e implementação dos fluxogramas disponíveis pelo Ministério da Saúde, além da capacitação com as agentes comunitárias de saúde (ACSs) integrando a educação continuada. Dentre as condições crônicas, atualmente, o Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) tem se configurado como um dos principais problemas de saúde pública mundial, uns dos motivos são o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas principalmente na população adulta. Nessa perspectiva, compreende-se a importância de desenvolver ações que adentram na territorialidade dessa população específica em conjunto com a equipe multiprofissional do serviço de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; Enfermagem; Territorialidade em Saúde.

### **Abstract**

The purpose of this study is to analyze the territory of a Primary Health Care service as an instrument of care for patients with Type 2 Diabetes Mellitus. This is a case study carried out in the Basic Attention Curriculum Stage of the course Nursing / FACCAT, developed in a health service in the municipality of Taquara, from August to December 2017. Two steps were carried out to obtain the results: spatiality and implementation of flow charts available by the Ministry of Health, in addition to training with community health agents (CHAs) integrating continuing education. Diabetes Mellitus type 2 (DMII) has become one of the main public health problems worldwide. One of the reasons is

the development of acute and chronic complications, especially in the adult population. From this perspective, it is understood the importance of developing actions that penetrate the territoriality of this specific population together with the multiprofessional team of the health service.

**Keywords:** Primary Health Care; Diabetes Mellitus; Nursing; Territoriality in Health.

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada para os demais serviços de saúde. Através da APS são desenvolvidas ações de prevenção, promoção e manutenção à saúde da comunidade, o qual está inserida. Com isso, realizada em todo o país, de forma descentralizada, próxima ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. As unidades básicas de saúde (UBS), onde trabalham as equipes de Saúde da Família (ESF), são a principal “entrada” no sistema e o ponto de contato preferencial do usuário (BRASIL, 2013).

No que se refere ao conceito de territorialização no âmbito da saúde, compreende-se no processo de produção de saúde da comunidade, além de ser um espaço vivo capaz de produzir saúde. Portanto, um espaço que deve passar por um diagnóstico epidemiológico para identificar os fatores e condições pertinentes aos processos de saúde e doença de determinada região (SUCUPIRA, 2003).

Dentro da territorialidade no setor saúde, torna-se viável a fomentação da educação em saúde. Essa prática integra um instrumento promotor da qualidade de vida aos indivíduos, famílias e comunidades, através da articulação de saberes e recursos intrínsecos, atingindo dimensões que ultrapassam o biológico. Encontra-se estreitamente vinculada à promoção da saúde, impulsionando, juntas, a qualidade no cotidiano dos indivíduos (SOUSA et al., 2010). Nesse ínterim, pode-se integrar a educação continuada frente a equipe de saúde, com vistas na qualificação do atendimento prestado por esses profissionais.

Ao refletir nos profissionais que integram as equipes de saúde no contexto primário da saúde, deve-se ressaltar que essa estrutura é composta por uma equipe multiprofissional, a saber: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico da família, dentista, auxiliar de dentista e agente comunitário de saúde, na esfera da unidade básica, inclui-se os médicos especialistas. Acredita-se na necessidade de desenvolver ações de saúde conjuntas com diferentes especialidades, a fim de proporcionar um cuidado apurado nas especificidades das situações clínicas e da comunidade. Com relação a enfermagem, é notável que o enfermeiro se torna uma “peça chave” na atenção primária por ser capaz de refletir sobre as dificuldades da população no acesso aos serviços de saúde e de intervir procurando garantir equidade nas ações oferecidas (DINIZ et al., 2013).

Com esse pensar (na educação em saúde, educação continuada e na equipe multiprofissional) se ressalta a importância de considerar as doenças comumente enfrentadas pela população em geral, a exemplo da diabetes mellitus. Sabe-se que essa é uma doença crônica que acomete em grande número a população brasileira. Para o Diabetes tipo 2, as causas são oriundas do sedentarismo e obesidade (práticas não saudáveis), com os adultos como a principal população diagnosticada com a doença (BRASIL, 2011).

Nesse pressuposto, questiona-se: que contribuições a territorialidade fornece para o atendimento ao usuário com Diabetes Mellitus tipo 2, no âmbito da APS? Para responder esse questionamento o estudo tem como objetivo analisar o território de um serviço de atenção primária à saúde, como instrumento de cuidado ao usuário com Diabetes Mellitus tipo 2. Ademais, o trabalho está organizado da seguinte forma: a seção 2 apresenta a revisão da literatura; na seção 3 apresenta a metodologia adotada na pesquisa, a seção 4 exibe a descrição do desenvolvimento da intervenção e, na seção 5, mostra-se as considerações finais do estudo.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Diabetes Mellitus tipo 2: uma questão de saúde pública**

O Diabetes Mellitus (DM) se refere a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). Torna-se perceptível o crescente aumento dos casos de pessoas portadoras de DM, o que tem alertado os serviços de saúde quando a sua prevenção.

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (2011), mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. As mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população, o levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população, igual ou acima de 65 anos (BRASIL, 2011).

Além dessa problemática, as pessoas com DM apresentam uma incidência anual de úlceras nos pés de 2% e um risco de 25% em desenvolvê-las ao longo da vida. As complicações do pé diabético são responsáveis por 40% a 70% do total de amputações não traumáticas de membros inferiores na população geral (BRASIL, 2016). O que exige uma abordagem educativa e também o exame periódico dos pés para as pessoas com DM.

Nesse pressuposto, o Diabetes tipo 2, se manifesta em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. Através da deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no Diabetes tipo 1 (BRASIL, 2013). Diante desse panorama, nota-se a importância no desenvolvimento da educação continuada (tanto no que se refere a comunidade, assim como, na equipe de saúde) que vise uma linha de cuidados, proporciona o direcionamento e o atendimento potencializando a qualidade de vida desses indivíduos.

Assim como, na proposição de linhas de cuidado, as quais podem ser definidas como um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a ser ofertado de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde. Sua implementação é estratégia central para a organização e a qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com vistas à integralidade da atenção (BRAGA, 2006).

E diante das mudanças no perfil epidemiológico brasileiro, do aumento da expectativa de vida, do sedentarismo e das mudanças dos hábitos alimentares, a Atenção Primária de Saúde (APS) e as Equipes de Saúde da Família precisam redirecionar suas ações para problemas de bastante prevalência no Brasil e no mundo, as condições crônicas (COQUEIRO et al., 2015). Dentre as condições crônicas, atualmente, o diabetes mellitus tem se configurado como um dos principais problemas de saúde pública mundial, devido ao desenvolvimento de complicações agudas e crônicas e elevadas taxas de morbimortalidade, principalmente na idade adulta (COQUEIRO et al., 2015).

Portanto, a educação continuada pode influenciar a fortalecer e qualificar o cuidado às pessoas com diabetes na Atenção Básica. Com vistas na avaliação contínua e a melhoria da gestão do cuidado, através do enfoque multiprofissional e integral, por meio de cooperação técnica e compartilhamento de experiências.

## **2.2 Territorialização no âmbito da Saúde**

Em 2005, os países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013) pactuaram a meta de cobertura universal, prevista nos objetivos do milênio e agenda pós-2015, visando melhorias na saúde e no bem-estar da população. A cobertura universal traduz-se no acesso e uso oportuno dos serviços, considerando a compreensão das funções do sistema de saúde, a qualificação dos seus agentes, o acesso a produtos e serviços essenciais, integrados, com qualidade e com foco no usuário, na promoção da saúde e controle de doenças; sistemas de informação precisas que potencializam a tomada de decisão e financiamento com proteção contra riscos financeiros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

A temática do acesso universal e equitativo no Brasil é uma preocupação desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2017 considera uma potencialidade para o acesso à gestão do cuidado integral, na medida em que propõe a estruturação do trabalho em saúde em uma dinâmica multiprofissional, interdisciplinar e com atuação em equipe (BRASIL, 2017).

Por meio da PNAB, o Ministério da Saúde (MS) tem reforçado as estratégias propositivas já disseminadas na APS, visando uma adequação dos serviços, em relação aos conhecimentos acerca das novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre elas, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual propõe a atuação profissional a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, dentre os quais evidencia-se o acolhimento (BRASIL, 2013).

Existem modelos de atenção que descrevem o acolhimento. Em geral, busca-se nesta estratégia um modelo que seja compreendido como método de escuta qualificada, o qual se proponha a oferecer respostas, baseado em perspectivas de um cuidado integral, longitudinal e interprofissional. Embora seja um mecanismo primordial para a APS, na prática, o acolhimento muitas vezes se restringe a atendimentos pontuais, baseado na demanda espontânea, e em respeito à ordem de chegada, no estilo “queixa-conduta” (BREHMER; VERDI, 2010; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). A complexidade das demandas individuais atribuídas à subjetividade pertencente a cada caso faz do acolhimento uma ferramenta imprescindível para atender as diferentes necessidades de quem busca os serviços de saúde, potencializando a qualidade e integralidade do cuidado, não obstante, esta ferramenta não atinge tamanha resolutividade em decorrência de diversos desafios convencionados aos profissionais de saúde no que concerne práticas efetivas no acolhimento.

Em virtude das constantes modificações do cenário contemporâneo, cada vez mais as organizações estão sendo desafiadas a lidar com ambientes altamente complexos e dinâmicos, os quais demandam novas exigências de gestão e novos perfis de liderança. No cenário da saúde, especificamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, esta realidade não é diferente, visto que as equipes de saúde da família, constituídas sob a lógica de equipe multiprofissional, possuem diversas exigências frente ao trabalho vivo e burocrático, o que requer maiores investimentos em organização e gerência dos serviços (MELO; MACHADO, 2013).

Para tanto, norteiam-se pelo modelo preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual, sob estruturação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), busca uma reformulação no modelo de atenção à saúde, tirando o foco da proposta hospitalocêntrica, e enfocando uma atuação das equipes mais próxima da comunidade, pautada em princípios que viabilizem humanização, a escuta e o acolhimento (BRASIL, 2017).

Para que o trabalho em equipe em APS alcance a sua finalidade, Carvalho et al., (2017) anunciam algumas particularidades deste tipo de atenção, às quais precisam ser consideradas. Em primeiro lugar, na APS, o foco da atenção está nas necessidades dos usuários e da população do território, expondo a dupla dimensão, individual e coletiva, de modo que o lócus de atuação da equipe de saúde não se restringe à unidade de saúde, mas a outras instituições presentes no território: creches, escolas, espaços comunitários, domicílios, a própria comunidade, dentre outros. Em segundo lugar, na APS, o usuário e a população do território não se encontram institucionalizados, preservam certa autonomia em relação ao serviço e aos profissionais, o que demanda uma atuação profissional e um processo de trabalho no qual se efetive a comunicação, a interação argumentativa e o diálogo, entre profissionais, e entre eles e os usuários. Nessa lógica, a execução dos cuidados para prevenção, preservação e/ou recuperação da saúde, depende da colaboração do usuário, da sua compreensão sobre o que foi proposto, compactuado e orientado, o que significa que o profissional não consegue definir claramente, quantos e quais usuários atenderão numa jornada de trabalho, quais são suas necessidades e se há condições de atendê-las.

Em terceiro lugar, Carvalho et al. (2017) anunciam, que, embora os profissionais desconhecem tais necessidades, a apreensão acerca destas é fundamental, devendo ser a mais ampliada possível, contemplando a dinâmica individual-coletiva do processo saúde-doença, o que sugere, para além da necessidade de diálogo profissional-usuário, participação social e controle social.

Por fim, em quarto lugar, as autoras denotam que no trabalho em APS há a busca pela integralidade da assistência, o que requer a articulação contínua de estratégias, ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, com vistas a uma atenção primária qualificada, indispensável para o exercício da função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde (CARVALHO et al., 2017).

Assim, enquanto principal porta de entrada para o SUS, espera-se que na APS seja resolvida a grande maioria dos problemas de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ou sem saúde da família. Embora o Programa Saúde da Família (PSF), por ocasião de sua criação, em 1994, não tenha surgido com normas para integração com o atendimento hospitalar e especializado, atualmente, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), passa a ser constituída sob a lógica de equipe multidisciplinar, com profissionais de formação generalista, e valorizando a adscrição da clientela com esquemas de responsabilização nas Unidades de Saúde da Família (USF). Entretanto, existem barreiras a esta implementação, pois prevalece a persistência de UBS, conhecidas como postos de saúde, e a implantação da ESF ainda é lenta, apresentando dificuldades estruturais e políticas (CESAR et al., 2014).

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso, realizado na disciplina de Estágio Curricular de Atenção Básica, do curso de graduação em Enfermagem - Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), considerou-se para a amostragem a unidade de saúde do bairro Santa Maria, no município de Taquara. O período de desenvolvimento iniciou em agosto de 2017 com o término em dezembro de 2017, dentro da carga horária de estágio, este das 7h30min às 13h30min.

A intervenção, desenvolveu-se em duas etapas, utilizando como base teórico-metodológica o Caderno de Atenção Básica, nº13 (2013) e o Manual do Pé diabético (2016), envolvendo as seguintes etapas: espacialidade e implementação dos fluxogramas de atendimento ao usuário com Diabetes Mellitus, já disponíveis pelo Ministério da Saúde, além da capacitação com as agentes comunitárias de saúde (ACSs) integrando a educação continuada.

Contudo, os maiores desafios atuais dos recursos da unidade, são recursos materiais, recursos financeiros e o principal o recurso interpessoal, nota-se que a equipe trabalha de forma fragmentada do seu trabalho, por várias vezes as ACS são excluídas das decisões da equipe. Nesse ínterim, existe uma não aceitação da ACS na unidade e conflitos frequentes entre enfermeira e coordenadora da unidade, o que muitas vezes interfere nos atendimentos dos usuários. A seguir se apresenta o diagnóstico situacional, a partir da Matriz SWOT.

#### Quadro 1 - Diagnóstico Situacional /Matriz SWOT

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL		
Interna	Forças	Fraquezas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bom relacionamento com os pacientes (Teoria Interpessoal);</li> <li>- Equipe receptiva com os acadêmicos, aceitando suas ideias e agregando ao serviço;</li> <li>- Estrutura física de espaço adequada para a demanda da unidade (3 consultórios, 1 consultório ginecológico, uma sala para o acolhimento, 1 sala de medicação, 1 sala de curativo, 1 sala de materiais e esterilização, 1 cozinha, 3 banheiros, 1 recepção;</li> <li>- ACS distribuídas em quatro microáreas;</li> <li>- Grupo de HIPERDIA ativo;</li> <li>- Grupo de Gestantes (pré-natal) participativos;</li> <li>- Realização da consulta ginecológica de enfermagem (coleta de citopatológico, exame das mamas e abdome).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflitos entre a equipe;</li> <li>- Falta de comunicação entre ESF e hospital;</li> <li>- Falta de informações na territorialização (idosos, acamados, diabéticos e hipertensos);</li> <li>- Duas microáreas descobertas, falta de ACS;</li> <li>- Pouca integração com as escolas;</li> <li>- ACS distantes da unidade;</li> <li>- Nenhuma ação para saúde da criança e puerpério;</li> <li>- Não possui uma linha de cuidado para os diabéticos, tanto do Tipo 1 como o do Tipo 2;</li> <li>- A saúde da criança é trabalhada somente com o médico pediatra;</li> <li>- As consultas de pré-natal é realizado somente com o médico;</li> <li>- A Saúde dos idosos é pouco trabalhada, os aspectos mais abordados, são sobre a diabetes e a hipertensão.</li> </ul>

Externo	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acadêmicos de enfermagem da FACCAT</li> <li>- Comunidade contribuindo para melhoria da unidade</li> <li>- Profissional em busca de capacitações/extensões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de recursos financeiros, para manter os recursos materiais</li> <li>- Mídia negativa de usuários insatisfeitos com o serviço oferecido</li> </ul>

(Fonte: autores, 2017)

Para contextualizar o cenário de estudo, buscou-se discorrer sobre o município de Taquara e a Unidade Básica de Saúde Santa Maria/ Estratégia de Saúde da Família Jenifer Schirmer. O município de Taquara está localizado na costa inferior do nordeste do estado do Rio Grande do Sul. Segundo o último censo do IBGE, 2010, possui 54.643 habitantes. A área do município é de 457,881 Km<sup>2</sup>, tem limites com os municípios de Igrejinha, Três Coroas, São Francisco de Paula, Glorinha Gravataí, Rolante, Santo Antônio da Patrulha, Parobé, Sapiranga e Novo Hamburgo. É banhado por cinco rios, sendo eles, Rio dos Sinos, Rio Padilha, Rio da Ilha e Rio Paranhana (IBGE, 2010).

A Atenção Primária de Saúde (APS) do Município, tem um total de 12 unidades de saúde. Integram a APS do município o Pronto Atendimento Darcy Ribeiro; Unidade Básica de Saúde (UBS) Empresa; UBS Piaçito, onde a especialidade é a Saúde da Criança; UBS Santa Teresinha; UBS Mundo Novo; UBS Eldorado; UBS Santa Maria; UBS Santa Cruz; UBS Fazenda Fialho; UBS Padilha; UBS Rio da Ilha e UBS Pega Fogo (PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARA/RS, 2018). De atenção especializada à Saúde da Mulher, onde se concentra consultas ginecológicas, consultas ginecológicas de Enfermagem, exame de citopatologia e consultas pré-natais. O município disponibiliza de atendidos do Centro de Atendimento Psicossocial CAPS I e CAPS ad (álcool e drogas). Não possui disponibilidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em relação ao serviço hospitalar, Taquara tem o Hospital Bom Jesus, onde possui atendimento via SUS e Unimed que atende convênios.

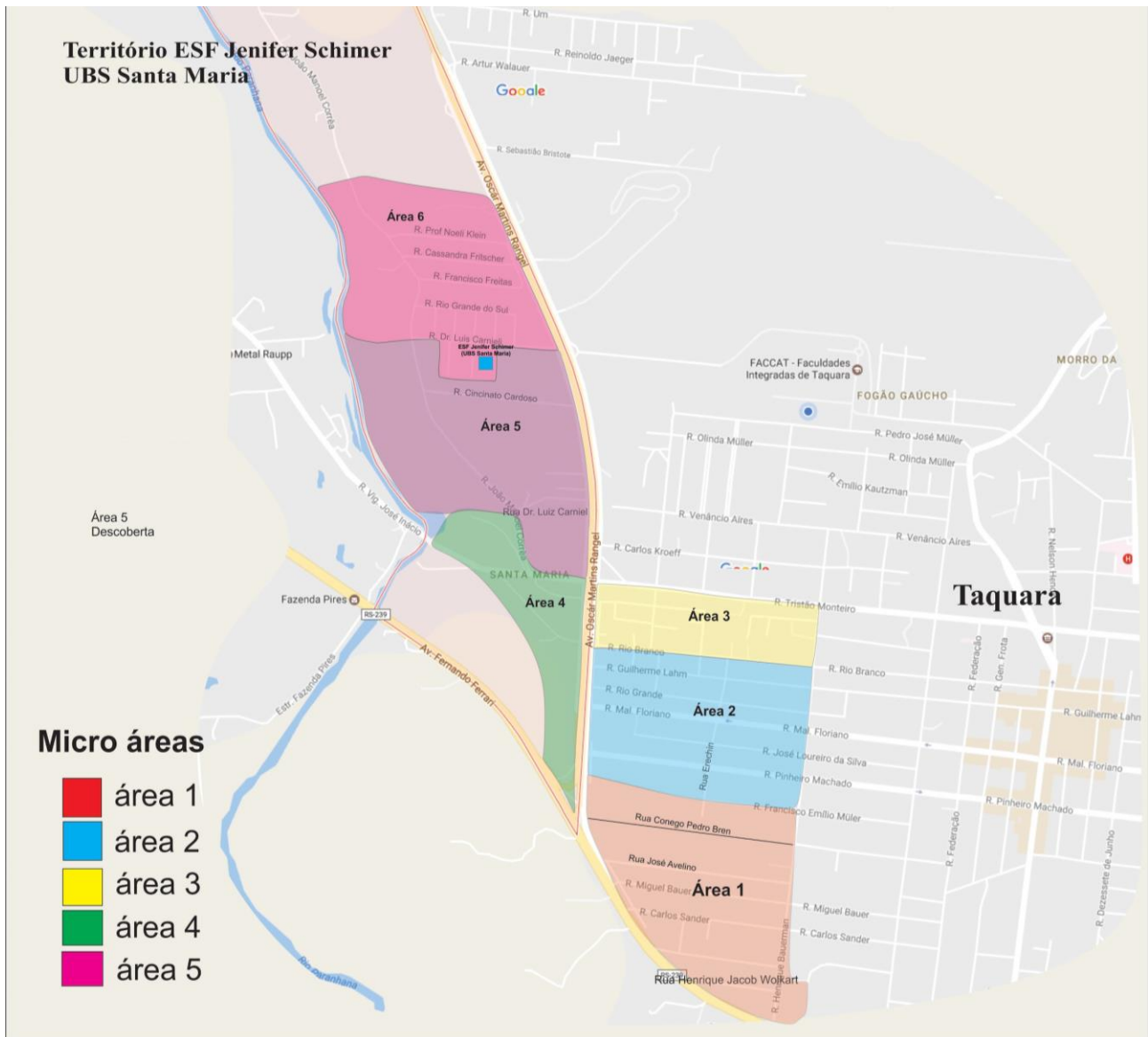
A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Maria tem uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) cujo nome é Jenifer Schirmer, em homenagem a filha de um morador do bairro, que quando criança sofreu um acidente de carro, no qual ocorreu o seu atropelamento, esse fato ocorreu próximo a unidade, o que comoveu toda a comunidade por sua morte precoce. O pai de Jenifer gerencia a ONG em benefício aos jovens da comunidade, nela desenvolve ações culturais de dança com as crianças e adolescentes.

A UBS está localizada em uma zona urbana, o território da ESF Jenifer Schirmer está dividido em seis microáreas, abrange o bairro Santa Maria parte do bairro Jardim do Prado. A microárea 1, 4 e 6 estavam cobertas pelas ACSs, nas microáreas 2, 3 e 5 apresentavam descobertas. Nessas



microárea existem vários pontos de referências, a saber: igrejas, escolas, creche, ONG, clínicas particulares de saúde, associações, campo de futebol, fábricas, revendas de carros, postos de combustível, padarias, supermercados e restaurantes.

**Figura 1 - Mapa do território da UBS Santa Maria/ ESF Jenifer Schirmer com suas respectivas microáreas**



(Fonte: Adaptado do Google Maps, 2017)

A população desse território é heterogênea no que tange o acesso a bens e serviços. Uma parte vive em situação de grande vulnerabilidade, sendo estes que procuram mais os serviços disponíveis da ESF, inseridos em condições de pobreza, baixa escolaridade, na região próxima da unidade há acúmulo de lixos, apesar de ter coleta de lixo. Existem pontos de vendas de drogas. Na Outra parte do território, a população apresenta condições melhor condição financeira, moradias bem estruturadas, porém estes a pouca procura no serviço de saúde.

Há um grande número de hipertensos e diabéticos, também há um número elevado de casos

de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), em adultos e adolescentes, são realizados poucos testes rápidos, por falta de procura e de incentivo da equipe. Neste contexto, observa-se que foram identificadas aspectos que comprometem a comunidade, como, no desenvolvimento de ações focadas nos aspectos socioeconômicos, políticos culturais, demográficos, epidemiológicos e sanitários, que englobam as demandas específicas das diferentes características da população desse território.

A equipe de saúde da Unidade é composta pelos seguintes profissionais: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma médica para a ESF, uma dentista, e quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e mais quatro médicos sendo para a UBS atendendo especialidades como (pediatria, ginecologia, dermatologia e psiquiatria), uma serviço gerais, uma secretária e uma coordenadora de unidade.

Em relação a cobertura da ESF, a PNAB entre 2006 e 2011, encontrava-se uma única referência à cobertura universal, englobando 100% da população cadastrada pela ACS. A PNAB de 2011 acrescentou o alerta de que não se deveria ultrapassar o limite máximo de moradores vinculados a cada equipe. Em contrapartida a nova PNAB enfatiza que a cobertura de 100% da área, deve-se restringir somente para áreas de risco e de vulnerabilidade social, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos (BRASIL, 2017).

Nesse ínterim, a Unidade de saúde estudada é composta por uma ESF e uma UBS, que conta com outras especialidades. A ESF, até o fim do período estudado, não possuía a abrangência de todo o território, a constar de 3 microáreas são descobertas, ou seja, 50% do território da ESF sem assistência de ACS.

A estrutura física da Unidade tem a seguinte composição: sala de espera, banheiros masculino e feminino, recepção, sala de arquivos, corredor salão ambiente de espera, ambulatório e sala de triagem, sala de enfermagem, consultório médico, consultório médico para realização de pequenas cirurgias dermatológicas, sala de curativos, sala de procedimentos, sala de reunião de equipe e disponível para consulta do psicólogo, sala do dentista, cozinha, sala de esterilização e estocagem de materiais de procedimentos, almoxarifado, banheiros para funcionários e lavanderia. A unidade apresenta uma boa infraestrutura física para o funcionamento e execução do conjunto de ações propostas, a fim de garantir o atendimento de qualidade.

A ESF atende a demanda espontânea os atendimentos da médica da família, de segunda a quinta-feira, no período da manhã e tarde, o atendimento dos especialistas são brevemente agendados, às segunda-feiras tem atendimento com dermatologista, no período da tarde, são agendados 10 consultas por dia, também são realizados na segunda os atendimentos do psiquiatra. Nas terças-feiras pela manhã são realizadas as consultas ginecológicas de enfermagem e coleta de exame citopatológico. As quintas-feiras atendimento fica em detrimento às gestantes, como, cadastramento no Sis prenatal e o acompanhamento clínico e para finalizar, nas sextas-feiras, a pesagem e avaliação

nutricional do Bolsa Família.

#### 4 DESCRIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO

Na primeira etapa compreendida como espacialidade, buscou realizar a distribuição dos diabéticos já cadastrados pela intervenção de outro acadêmico de Enfermagem que atuou na unidade, durante o período de março a julho de 2017, onde resultou o número de 106 diabéticos cadastrados, foi possível saber a localização das residências desses usuários no mapa das microáreas. Além de que foram, destacados no mapa os diabéticos e hipertensos, e somente os diabéticos.

O uso do conceito de território pode contribuir para o planejamento e tomada de decisões na atuação diária das equipes. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF, e dentro dessa esfera encontra-se a espacialidade. No conjunto, desempenham a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais como centros de referência (MACHADO *et al.*, 2012).

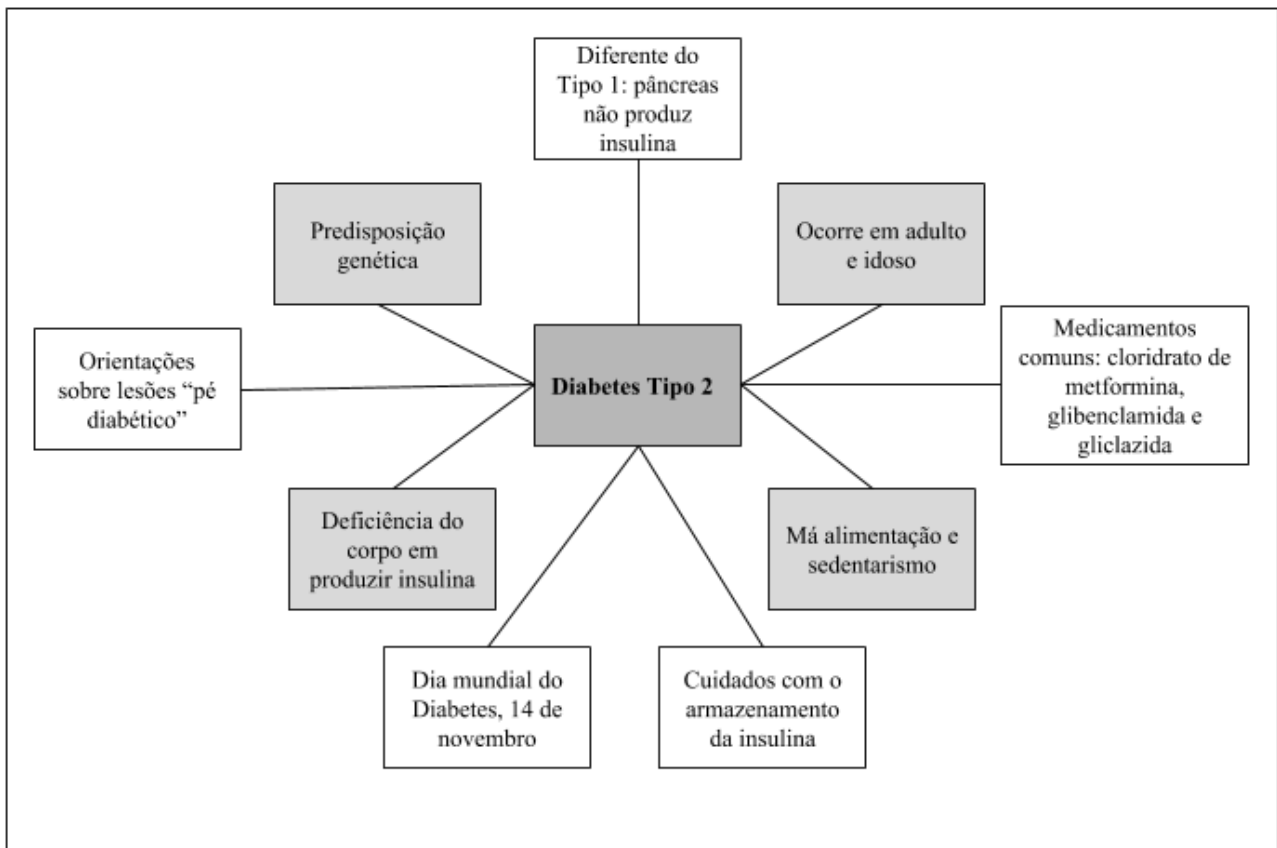
Portanto na segunda etapa, realizou-se a implementação de fluxogramas de atendimento, estes disponíveis pelo Ministério da Saúde para o atendimento ao usuário com Diabetes, sendo um instrumento utilizado para representar, de forma gráfica, as diversas etapas de um processo, de forma ordenada, em sequência lógica, o que possibilita uma visão integrada do fluxo de um processo técnico, administrativo ou gerencial. Assim viabilizando uma análise crítica para a identificação de falhas e oportunidades de melhorias (TAJRA; SANTOS, 2003). Dessa forma foi elaborado fluxogramas de atendimento à pessoa com DMII, segundo o que preconiza o Ministério da Saúde (2013), tanto para as consultas de enfermagem, como na realização de visitas domiciliares, a fim de facilitar o fluxo e a organização do serviço de saúde.

Com isso, o fluxograma é um instrumento utilizado para representar, de forma gráfica, as diversas etapas de um processo, de forma ordenada, em sequência lógica, o que possibilita uma visão integrada do fluxo de um processo técnico, administrativo ou gerencial, viabilizando uma análise crítica para a identificação de falhas e oportunidades de melhorias (TAJRA; SANTOS, 2003). Para o entendimento da equipe sobre os fluxogramas, foi realizado com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), um momento de educação continuada, com orientações e informações sobre DMII, compreendendo que estas profissionais necessitam constante de capacitações, já que não é necessário um curso profissionalizante na área da saúde, para assumirem a profissão.

Para obter um *feedback* da capacitação, utilizou-se a ferramenta *mindmap*, metodologia que influencia a organizar o pensamento de forma similar ao modo de trabalhar do cérebro, o *Mindmap* potencializa suas habilidades, favorecendo o entendimento, análise, interpretação e memorização do

exercício. Buzan (2005), através de pesquisa, identificaram várias vantagens na utilização do *Mindmap* em relação à forma tradicional de anotação, sendo as mais relevantes: redução no tempo de anotação da informação, evitando perda de conteúdo; redução no tempo de leitura: mais rápida a identificação e absorção da informação; redução no tempo para identificar as palavras-chave de um texto, uma vez que no *Mindmap* são estas as palavras utilizadas; maior poder de correlação entre as informações.

**Figura 2 - Feedback da Capacitação através da Metodologia *Mindmap***



(Fonte: Autores, 2017)

A partir da criação dos fluxograma, será implementado uma linha de cuidados à pessoa com DMII, na UBS Santa Maria, como unidade piloto, pois pretende-se que o município, se engaje frente a essa linha proposta e que incorpore nas demais unidades de saúde de Taquara. Para um entendimento maior sobre a temática, as linhas de cuidados, são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde. Estas orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

Além de que ela visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Dessa forma,

reforça-se a necessidade de continuar a elaboração da linha de cuidados, a fim de avaliar a viabilidade e da implementação a nível municipal, por isso, é inevitável que o próximo acadêmico de Enfermagem que assumir a unidade, desenvolva essa linha de cuidados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo analisar o território de um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), como instrumento de cuidado ao usuário com Diabetes Mellitus tipo 2. O estudo permitiu a reflexão sobre a importância de conhecer o território que abrange o serviço de saúde com vistas aos cuidados à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, atendida no município de Taquara. Como também, a imersão na análise da espacialidade do território que abrange a UBS Santa Maria e na aplicabilidade de fluxos de atendimento para a melhoria da qualidade no cuidado do diabetes.

A proposta do estudo mostrou ser relevante para a prevenção de complicações do Diabetes Mellitus tipo II, da mesma maneira no desenvolver a integração da equipe e das equipes de ESF/UBS do município. Entrelaçando com o apoio ao usuário, a fim de fortalecer o cuidado, vislumbrando a vigilância e monitoramento de informação referente a esses usuários.

Entretanto há necessidade de expandir a capacidade da UBS e ESF no cuidado à pessoa com DMII, a fim de qualificar a rede de atenção à saúde com vistas a uma gestão da prática clínica. Em relação às limitações da intervenção, ressalta-se o curto prazo da aplicabilidade, o que impossibilitou uma avaliação mais detalhada da implantação da proposta. Com isso, sugere-se mais estudos que abrangem essa temática. Na perspectiva da contribuição para a Enfermagem para o desenvolvimento regional, esse estudo segue a vertente da prevenção, promoção e qualificação do cuidado prestado a pessoa com DMII, a fim de proporcionar o direcionamento do usuário nas redes de apoio possibilitando a sua comunicação.

## REFERÊNCIAS

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

BRAGA, E. C. **Crêterios de suficiênciã para análise de redes assistenciais**. Consulta Pública nº 26. Exposição de Motivos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/content/article/52-consultas-publicas/54rede-conveniada-de-medicos-hospitais-clinicas-e-laboratorios>  
Acesso em: 04 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, nº36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf)

Acesso em: 04 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do pé diabético**. Ministério da Saúde: Brasília, 2016.  
Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_do\\_pe\\_diabetico.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf)  
Acesso em: 04 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.  
Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)  
Acesso em: 09 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Ministério da Saúde: Brasília, 2017.  
Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)  
Acesso em: 09 ago. 2018.

BRASIL. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

BUZAN, T. **Mapas mentais e sua elaboração: um sistema definitivo de pensamento que transformará a sua vida.**; tradução Euclides Luiz Calloni, Celusa Margô Wosgrau. São Paulo: Cultrix, 2005.

CARVALHO, J. B. L et al. Gestão Participativa e a interface com trabalhadores do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, v. 2, n. 11, p. 130-139, 2017.

CESAR, Marcelo et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 296-306, 2014.

COQUEIRO, J.M et al. A Produção de Saberes no Cuidado aos Diabéticos na Estratégia Saúde da Família. **UNICIÊNCIAS**, v. 19, n. 1, 2015.  
Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/uniciencias/article/view/3161>  
Acesso em: 04 ago. 2018.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015.

DINIZ, A. S. et al. Assistência à saúde da mulher na Atenção primária: Prevenção do câncer do colo do útero. **Rev. APS**, v. 16, n. 3, 2013.  
Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1899/752>  
Acesso em: 21 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: Taquara**. Brasília, 2010.  
Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/taquara/panorama>  
Acesso em: 01 ago. 2018.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Global Guideline for Type 2 Diabetes**. 2012. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/79-global-guideline-for-type-2-diabetes>  
Acesso em: 30 jul. 2018.

MACHADO, M.C. et al. Territorialization as a toll for the practice of residents in family health: an experience report. **Journal Of Nursing**, v.6, n.11, 2012.  
Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7658>  
Acesso em: 08 ago. 2018.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 6167, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pesquisa para a cobertura universal de saúde**.  
Genebra, 2013.

Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598\\_por.pdf;jsessionid=56882EF4B5E8E65290ACC1DA021570A5?sequence=26](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598_por.pdf;jsessionid=56882EF4B5E8E65290ACC1DA021570A5?sequence=26)

Acesso em: 15 ago. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARA. **Unidades Básicas de Saúde**. Taquara, 2018.

Disponível em:

[http://www.taquara.rs.gov.br/?titulo=Secretarias&template=conteudo&categoria=833&codigoCategoria=833&idConteudo=2826&tipoConteudo=INCLUDE\\_MOSTRA\\_CONTEUDO](http://www.taquara.rs.gov.br/?titulo=Secretarias&template=conteudo&categoria=833&codigoCategoria=833&idConteudo=2826&tipoConteudo=INCLUDE_MOSTRA_CONTEUDO)

Acesso em: 08 ago. 2018.

SOUSA, L.B. et al. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF, **SANARE**. v.4, n.1, p.11-4, 2003.

TAJRA, S.F; SANTOS, S.A. **Tecnologias organizacionais na saúde**. São Paulo: Iatria; 2003.

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