

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

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE
DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMARIA – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
DISTRITO DA SERRA DO CIPÓ**

LUDMILA INÁCIA SCHETTINI

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2012

LUDMILA INÁCIA SCHETTINI

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE
DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
DISTRITO DA SERRA DO CIPÓ**

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2012

LUDMILA INÁCIA SCHETTINI

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE
DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMARIA – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
DISTRITO DA SERRA DO CIPÓ**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Aprovada em Belo Horizonte, 29/02/2012.

Dedico este trabalho as pessoas que acreditaram que eu seria capaz de realiza-lo. De forma muito carinhosa a todos os profissionais de enfermagem para que possam estar sempre prontos a promover uma qualidade assistencial aos clientes, aumentando assim, as chances de sobrevida dos mesmos.

Agradeço a DEUS, pela força e coragem que me concedeu, na abordagem deste tema.

Aos meus pais, minha irmã Camila e ao Edvaldo companheiro e sempre presente pela compreensão nos momentos de ausência e estresse. Obrigado por estarem sempre ao meu lado, me incentivando, dando força e coragem para que eu pudesse concluir este trabalho.

A todas as pessoas, que de certa forma, em meio esta caminhada me ensinaram entender o que muitas vezes não encontrei na literatura, que a melhor forma de cuidar é ofertando amor incondicional ao outro.

Aos demais, os meus mais sinceros agradecimentos.

“Não é o mais forte da espécie
que sobrevive, nem o mais
inteligente, mas sim aquele que
responder melhor às mudanças”.

Darwin

RESUMO

Trata-se de um estudo originário da vivência na atenção básica relativa à assistência voltada ao paciente diabético e que teve como objetivo elaborar um protocolo de assistência ao usuário diabético da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família do Distrito da Serra do Cipó em Santana do Riacho. Inicialmente, foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da LILACs e do SciELO, com os seguintes descritores *diabetes mellitus e insulinoterapia* para obtenção de maiores conhecimentos a respeito da *diabetes mellitus* e seu tratamento medicamentoso e preventivo. Posteriormente, com dados referentes ao distrito da Serra do Cipó, agregado aos conhecimentos da diabetes foi elaborado o protocolo clínico, com vistas a proposição de uma assistência mais humanizada, buscando condições para o bom controle, redução de sequelas, diminuição no número de internações e de gastos financeiros. Pretende-se, ainda, proporcionar melhor qualidade de vida à população diabética da área de abrangência da unidade básica de saúde onde atua. Para alcançar o recomendado no protocolo, propõe-se a realização de capacitação da equipe de saúde da família com base em ações medico/medicamentosas e ações complementares, tais como, a consulta de enfermagem, as visitas domiciliares, os grupos operativos e, ainda, discussões de casos e ações multidisciplinares.

Palavras-chaves: Diabetes mellitus. Equipe de Saúde da Família, Protocolo de assistência ao diabético.

ABSTRACT

This is a study of the experience originating in primary care focused on the diabetic patient and aimed, therefore, create a protocol for the diabetic patient care area covered by the Family Health Team of the District of Serra do Cipo-Santana's Creek. Initially, it was literature in the databases LILACS and SciELO, with descriptors diabetes mellitus and insulin therapy to obtain more knowledge about diabetes mellitus and its treatment and preventive medicine. Subsequently, data for the district of Serra do Cipo, added to the knowledge of diabetes, it was the clinical protocol, with a view to proposing a holistic assistance, seeking conditions for the proper control, reduce sequelae, decreased number of hospitalizations and financial expenditures. The aim is also to provide better quality of life for the diabetic population enrolled. To achieve the recommended protocol, it is proposed the implementation of staff training family health actions based on medical / drug and complementary actions, such as, nursing, home visits, operative groups, and also discussions multidisciplinary cases and actions.

Key-words: Diabetes mellitus. Family Health Team, the Protocol of diabetic care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVC – Acidente vascular cerebral

BVS – Biblioteca virtual de saúde

COPASA – Companhia de abastecimento de Minas Gerais

DM – Diabetes *mellitus*

ESF – Equipe de Saúde da Família

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de massa corporal

LILLACs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCQ – Relação Cintura Quadril

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMSABH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - População de Santana do Riacho por faixa etária comparação entre SIAB e IBGE, 2010.	32
Tabela 2 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Serra do Cipó, segundo sexo, 2010.....	32
Tabela 3 - População segundo a faixa etária de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Serra do Cipó, segundo micro área, 2010.....	33
Tabela 4 - Proporção de famílias por tipo de abastecimento de água, 2010.....	33
Tabela 5- Proporção de famílias por de instalação sanitária, 2010.....	34
Tabela 6 - Proporção de famílias por tipo de destino do lixo, 2010.....	34
Tabela 7 - Morbidade segundo a micro área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Serra do Cipó, 2010.....	35
Tabela 8 - População de DM da zona rural segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF da Serra do Cipó, segundo sexo, 2010.....	39
Tabela 9 - População de pacientes com DM segundo faixa etária na área de abrangência da ESF da Serra do Cipó, SIAB, 2010.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para diagnóstico de diabetes.....	23
Quadro 2 - Critérios para rastreamento do pré-diabetes e do diabetes tipo 2 em adultos.....	24
Quadro 3 - Critérios para rastreamento de diabetes tipo 2.....	24
Quadro 4 - Antidiabéticos orais	27
Quadro 5 - Características farmacológicas das insulinas.....	29

FIGURA

Figura 1 - Esquema proposto para insulinização basal.....	30
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	18
3 METODOLOGIA	19
4 RESULTADOS E ANÁLISE	20
4.1 Falando de diabetes mellitus e insulino terapia	20
4.2 Fase 1: Diagnóstico Situacional	28
4.3 Fase 2: Reconhecimento do cenário	35
4.4 Fase 3: Plano de ação	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A	63
APÊNDICE B .	64

1 INTRODUÇÃO

Existe uma tendência mundial quanto à redução das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida da população. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), na década de 1950, a taxa de fecundidade no mundo era de seis filhos por mulher e, atualmente, é de três filhos por mulher. Além disto, a expectativa de vida da população de países em desenvolvimento aumentou de 30 a 40 anos no último século. Essa situação foi possível devido aos avanços científicos e tecnológicos e, ainda, à melhora da saúde pública. Neste cenário, observa-se também crescente incidência e prevalência de condições crônicas de saúde, devido ao maior tempo de exposição aos riscos.

Atualmente, as condições crônicas perfazem 60% do ônus causado por doenças no mundo e acredita-se que em 2020 essa carga atinja 80% em países em desenvolvimento. Entretanto, a adesão ao tratamento das doenças crônicas é baixa, atingindo somente 20% da população alvo. Essa situação causa a elevação dos encargos para todos os envolvidos, tais como, a sociedade, o governo e as famílias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Devido a esta realidade é que se faz necessário a implementação de ações para gerenciamento das condições crônicas, para com isso, priorizar o trabalho de prevenção e minimizar gastos com tratamentos de agravos.

Uma das doenças crônicas de prevalência crescente é o diabetes *mellitus* (DM). No ano de 1995, o número de diabéticos era de 135 milhões no mundo e em 2025 estima-se que a doença acometerá 300 milhões de pessoas, das quais $\frac{3}{4}$ vivem em países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Este crescimento do número de casos é de grande importância na saúde pública, pois o diabetes é o principal fator de risco para doenças do coração e cerebrovasculares. Pode ocorrer ainda associada à hipertensão arterial sistêmica

(HAS) e/ou causa de outros graves problemas crônicos (KING, AUBERT e HERMAN, 2006).

O DM é uma doença caracterizada pelo comprometimento do metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas, que pode se causada pela ausência de secreção de insulina ou por redução da sensibilidade dos tecidos à insulina, o que leva ao aumento das taxas de glicose na corrente sanguínea, ou seja, a hiperglicemia (MINAS GERAIS, 2007).

A doença pode ser classificada em primária ou idiopática tipo I – insulino dependentes ou do tipo II – não-insulino dependente. E ainda pode ser secundária, causada por doenças desencadeadoras como doenças pancreáticas, alterações hormonais, genéticas entre outras (MINAS GERAIS, 2007).

O tratamento do DM consiste em três pontos fundamentais: educação, modificação do estilo de vida e, quando necessária, utilização de medicamentos. Ações que estimulam hábitos saudáveis devem ser adotadas para busca da manutenção de peso adequado, prática de atividade física regular, redução do consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas e ainda a eliminação do tabagismo. Além disso, a abordagem familiar é de grande importância para se atingir bons resultados, quando se trata de mudanças de hábitos de vida.

Ainda para o tratamento, vários fatores devem ser levados em conta, tais como: idade, fatores de comorbidade, identificação dos sinais de hipoglicemia, estado mental, uso concomitante de outros medicamentos, dependência de álcool ou de drogas, cooperação do paciente e da família e ainda as limitações financeiras (MINAS GERAIS, 2007).

O conhecimento desse processo de adoecimento acerca do DM e de suas consequências, mas também de como se pode preveni-lo é que a equipe de saúde da família do Distrito da Serra do Cipó considerou de grande relevância estudar essa temática. Este distrito pertence ao Município de Santana do Riacho, localizado na Serra do Espinhaço, a 120 km de distância da capital do Estado de

Minas Gerais, Belo Horizonte. Santana do Riacho possui extensa área territorial (677 Km²) e 4.023 habitantes (IBGE 2010). É dividido em três aglomerados urbanos: a Sede do Município, o Distrito da Serra do Cipó e o Distrito da Lapinha. Além disto, existem 48 localidades rurais.

No Município, a baixa densidade demográfica e ampla extensão rural, associadas às péssimas condições da rede viária, resultam em dificuldade de acesso da população à assistência de saúde. A Secretaria de Saúde de Santana do Riacho conta, atualmente, com duas Equipes de Saúde da Família (ESF): uma na sede do município e a outra no Distrito da Serra do Cipó. O serviço das ESF é caracterizado como porta de entrada do sistema hierarquizado e regionalizado da saúde. Sendo assim, as equipes são responsáveis por intervir sobre os fatores de risco, aos quais a comunidade está exposta; prestar assistência integral, permanente e de qualidade e realizar atividades de educação e promoção da saúde.

A ESF do Distrito da Serra do Cipó é composta por um médico, uma enfermeira, um dentista, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e quatro agentes de saúde. A ESF atua no aglomerado urbano e em três localidades rurais, sendo sua área total de abrangência de aproximadamente 300 Km². Esta área possui 1.614 habitantes, sendo 49 portadores de DM e 214 portadores de HAS e que são atendidos em uma Unidade Básica de Saúde.

A atenção ao paciente diabético, inicialmente, era realizada apenas durante o atendimento médico periódico e assistência farmacêutica. A ESF enfrentava baixa adesão ao tratamento e ocorrência de agravos relacionados ao mau controle da doença. Diante do evidente aumento da incidência de diabetes e buscando compreender como a ESF poderia melhorar a assistência ao paciente diabético, foi identificada a necessidade de desenvolvimento de propostas complementares para o tratamento desses pacientes.

Assim, há aproximadamente três anos, iniciaram-se atividades programadas, que visam à promoção da saúde e prevenção de agravos dos doentes crônicos. Essas

atividades são desenvolvidas na forma de grupos operativos, mensalmente, e contam com a participação dos membros da ESF e de profissionais da equipe de apoio: psicólogo, nutricionista, cirurgião dentista e farmacêutico.

Segundo Afonso *et al.* (2009), o grupo funciona como um espaço de códigos de conhecimentos e de afetos, onde o sujeito se agrega e se reconhece como possibilidade de agregar ou bloquear processos criativos e críticos.

Em continuidade às propostas de ação, faz-se necessária a padronização das condutas dos membros da ESF do Distrito da Serra do Cipó na atenção aos pacientes diabéticos da sua área de abrangência, visando melhores resultados na promoção à saúde, ao bem estar e à prevenção de agravos, bem como maior eficácia do tratamento e melhores índices de cobertura. Para tal, a criação de um protocolo clínico torna-se premente.

Amparados em um protocolo clínico, a ESF, do referido Distrito, pretende proporcionar atendimento de forma mais humanizada ao paciente portador de DM, oferecer tratamento adequado, proporcionar ações para o bom controle da doença e qualidade de vida do paciente, reduzir a ocorrência de sequelas e reduzir o número de internações por complicações relacionadas ao DM.

De acordo com Werneck, Faria e Campos (2009, p 36)

Os protocolos de organização dos serviços são instrumentos a serviço da gestão, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais.

O protocolo constitui instrumento importante para o enfrentamento de problemas na gestão do serviço; é orientado por diretrizes políticas, organizacionais e técnicas e fundamentado nas evidências científicas (WERNECK, FARIA e CAMPOS, 2009).

Com o intuito, portanto, de dar respostas efetivas ao atendimento das pessoas diabéticas da nossa área de abrangência da unidade básica de saúde do Distrito da Serra do Cipó justifica-se, portanto a elaboração de um protocolo de atendimento para esse segmento da sociedade.

2 OBJETIVO

Elaborar um protocolo de assistência ao paciente diabético da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família do Distrito da Serra do Cipó.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração do protocolo, tornou-se necessário, primeiramente, buscar fundamentação teórica para formação aprimorada dos profissionais acerca do diabetes *mellitus* bem como de maior preparação da equipe que vai implementá-lo.

Nesse sentido, foi realizado pesquisas bibliográficas no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACs) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO), a partir dos seguintes descritores: Diabetes mellitus. Equipe de Saúde da Família, Protocolo de assistência ao diabético.

A pesquisa resultou na identificação de 36 estudos publicados entre os anos de 1997 e 2011, que foram divididos em dois grandes grupos temáticos: Diabetes (abordagem geral: epidemiologia, fisiopatologia, terapêutica e assistência), Insulinoterapia (sua introdução no tratamento). Registra-se, contudo, que para o objetivo deste estudo apenas 21 referências foram utilizadas.

Procedeu-se, também, ao reconhecimento local, suas potencialidades e o público alvo, bem como o treinamento que possibilitasse a equipe implantar o protocolo.

Esse processo envolveu três fases:

Fase 1 - Diagnóstico situacional;

Fase 2 - Reconhecimento do cenário das atividades e do público alvo;

Fase 3- Plano de ação

No que diz respeito às informações da equipe de saúde da família do distrito da Serra do Cipó, elas foram utilizadas no levantamento quantitativo de dados, por meio de pesquisa no SIAB. O estudo visou também proporcionar a identificação de novas ações possíveis para melhor assistência ao público alvo.

4 RESULTADO E ANÁLISES

4.1 Falando de diabetes mellitus e de insulinoterapia.

Conforme descrito na metodologia, o primeiro passo desta investigação foi a busca de material bibliográfico nas bases de dados e em outros veículos científicos.

A DM é considerada uma síndrome de etiologia variada, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

Augusto *et al.* (2010) acrescentam que a hiperglicemia é resultante também do déficit de efetividade da insulina (pela redução da secreção, ação ou ambos). E, caso, essa hiperglicemia seja persistente ela será responsável pelas complicações crônicas da doença, que acometem os olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se como um desafio para os serviços de saúde de todo o mundo, uma vez que hoje tem se tornado uma “epidemia mundial”, por diversos motivos tais como: o envelhecimento populacional, a grande urbanização, adoção de hábitos e estilos de vida bem menos saudáveis, falta de exercícios físicos. Estes fatores foram descritos como responsáveis pelo aumento na incidência e prevalência do DM no mundo (BRASIL, 2006)

Diante da crise na saúde, instalada após o aumento da incidência e prevalência dessa e de outras doenças crônicas, em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) a fim de reorganizar a assistência a partir da atenção básica. Desta forma, o PSF veio para realizar a promoção da saúde

por meio de ações básicas, que fossem incorporadas às ações programáticas mais abrangentes. Estas, com base na promoção da qualidade de vida, intervêm nos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação e melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Araújo e Rocha (2007) completam afirmando que os elementos centrais do PSF são: trabalho com comunidade adscrita, acolhimento como porta de entrada, visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional. Esta, por sua vez, trabalha com ações interdisciplinares, onde a ação de um profissional pode reconstruir a prática do outro e ambos transformados para intervir a realidade em que estão inseridos.

Nesse contexto, o protocolo propõe atividades voltadas para toda a equipe sendo necessárias intervenções mais incisivas voltadas para este grupo de pacientes, que visem a identificação de novos casos e maior adesão às medidas de controle. Ações como a busca ativa de potenciais novos diabéticos e a realização de acompanhamento periódico deste grupo. As ações de prevenção estão previstas neste protocolo uma vez que por meio do diagnóstico precoce se viabiliza intervir de forma a prevenir maiores complicações e potencializar a qualidade de vida deste público.

No que diz respeito à epidemiologia tem-se que a prevalência da DM é crescente e de grande importância na saúde pública. Percebeu-se que em 1995, 4% da população mundial, sem restrições à faixa etária ou gênero, era portadora de diabetes. A SMSABH (2001) relata que a prevalência do Diabetes Mellitus é de 3% da população total de Belo Horizonte. Porém, em decorrência de uma série de fatores sociais e demográficos, estima-se que em meados do ano de 2025 a prevalência da doença chegue a 5,4%. Dentre esses fatores Augusto *et al.* (2010) citam o envelhecimento populacional, a mudança nos padrões alimentares e a mecanização do trabalho (e consequente redução da atividade física), entre outros.

Em relação à classificação da Diabetes Mellitus tem-se a DM1, presente em cerca de 5 a 10% dos casos. Ocorre pela destruição de células betapancreáticas com consequência deficiência de insulina e pode apresentar cetoacidose e graus variáveis de deficiência de insulina; a DM2 atinge cerca dos 90 a 95% dos casos de diabetes e ocorre por defeitos na ação e secreção da insulina. A maioria das pessoas com esse tipo de diabetes apresenta sobrepeso ou obesidade, porém a cetoacidose raramente se desenvolve de modo espontâneo ocorrendo apenas em associação com infecção ou outras condições (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Outro tipo de diabetes é a DM Gestacional caracterizado por qualquer intolerância à glicose, de forma variável, com início ou diagnóstico durante a gestação, não excluindo a possibilidade de existir antes da gestação e não ter sido diagnosticada. Esta se parece com a DM2 por estar relacionada à resistência à insulina e à diminuição da função das células betapancreáticas. Ocorre em torno de 1% a 14% de todas as gestações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A bibliografia aponta, ainda, o pré-diabetes, estado intermediário entre a homeostase normal da glicose e a DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Quanto ao diagnóstico de Diabetes Mellitus, ele é confirmado laboratorialmente (SMSABH, 2001). Alguns sinais e sintomas devem ser avaliados como possibilidade para Diabetes Mellitus:

- Poliúria / nictúria;
- Polidipsia / boca seca/Polifagia;
- Emagrecimento rápido/Fraqueza / astenia / letargia;
- Prurido vulvar ou balanopostite;
- Diminuição brusca da acuidade visual;
- Achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina;
- Sinais ou sintomas relacionados às complicações de DM: proteinúria neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações

crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição.

Augusto *et al.* (2010) aconselham uma avaliação inicial que visa definir o tipo de diabetes, o estado atual do paciente, seu controle metabólico, seu risco cardiovascular e as complicações vigentes. Alerta ainda para a importância do acompanhamento do paciente por equipe multiprofissional. Estabelece alguns critérios para o diagnóstico de DM (QUADRO 1).

QUADRO 1 Critérios para diagnóstico de diabetes

Critérios para o diagnóstico de diabetes*
1º Glicemia de jejum \geq 126 mg/dL, sendo o jejum definido como nenhuma ingestão calórica por um período mínimo de 8h. **
OU
2º Na presença de sintomas de hiperglicemia, uma glicemia casual \geq 200 mg/dL, sendo casual definido como sendo em qualquer horário do dia e independente do horário da última refeição.
OU
3º Glicemia \geq 200 mg/dL, 2h após ingestão de 75g de glicose anidra ou equivalente. **
OU
4º HbA1C \geq 6,5% por método que seja NGSP em 2 ocasiões.
* Valores baseados em glicemias plasmáticas
** Nessas situações deve-se confirmar o diagnóstico com uma segunda medida da glicemia se não houver sintomas relacionados à hiperglicemia

Fonte: Augusto *et al.* (2010).

Os autores destacam ainda, a importância de se fazer o **rastreamento** para detecção precoce do diabetes. O rastreamento ocorre de modos diferentes dependendo do tipo de DM, conforme descritos nos quadros 2 e 3.

QUADRO 2 Critérios para rastreamento do pré-diabetes e do Diabetes tipo 2 em adultos

Critérios para o rastreamento do pré-diabetes e do diabetes tipo 2 em adultos
<p>a) O rastreamento deve ser considerado em todos adultos com IMC ≥ 25 com um ou mais dos seguintes fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo. • Parente de primeiro grau portador de diabetes. • Membros de grupos étnicos de alto risco (afro descendentes, latinos, indígenas, asiáticos). • Mulheres com história de parto de criança com mais de 4 kg ou de diabetes gestacional. • Hipertensão arterial. • Colesterol HDL < 35 mg/dl ou triglicérides > 250 mg/dl. • Mulheres com síndrome de ovários policísticos. • Pré-diabetes em exame anterior. • Outras condições associadas à resistência insulínica (obesidade grave, acantose nigricans). • História de doenças cardiovasculares.
<p>b) Na ausência desses fatores o rastreamento deve ter início aos 45 anos de idade.</p>
<p>c) Sendo normais os resultados, o rastreamento deve ser repetido a cada 3 anos, com possibilidade de intervalos menores de acordo com o resultado inicial e com o risco individual.</p>

Fonte: Augusto *et al.* (2010).

A leitura deste quadro aponta que para o adulto com IMC ≥ 25 , deve-se considerar de risco fatores como o sedentarismo, parente de primeiro grau portador de diabetes, hipertensão arterial, dentre outros.

No que tange ao rastreamento para crianças o Quadro 3 apresenta as etapas necessárias a sua realização.

QUADRO 3 Critérios para rastreamento do diabetes tipo 2 em crianças

Rastreamento do diabetes tipo 2 em crianças
<p>1. O rastreamento deve ser considerado em pacientes com sobrepeso (IMC $>$ percentil 85; peso/idade $>$ percentil 85; ou peso $> 120\%$ do ideal para a idade), que possuem um ou mais dos seguintes fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História familiar de parentes de primeiro ou segundo grau com diabetes tipo 2. • Etnicidade predisponente (como os adultos). • Sinais de resistência insulínica (acantose nigricans, ovários policísticos, dislipidemia).

- Mulheres (adolescentes) com síndrome de ovários policísticos.
- História materna de diabetes gestacional.
- Outras condições associadas à resistência insulínica.
- História de doenças cardiovasculares.

2. Nesses pacientes o rastreamento deve ser iniciado aos 10 anos de idade ou no início da puberdade se ela ocorrer antes dos 10 anos de idade.

3. O rastreamento deve ser feito preferencialmente através da glicemia de jejum e deve ser repetido a cada 2 anos.

Fonte: Augusto *et al.* (2010).

Percebe-se que vários fatores de risco são equivalentes aos do adulto. Deve-se atentar para o peso de crianças por ocasião da puericultura e de outros controles definidos pela equipe de saúde da família.

Para o diabetes tipo 1, Augusto *et al.* (2010) relatam que esse tem uma manifestação inicial súbita e marcada por hiperglicemia grave e/ou cetoacidose. Desse modo, são diagnosticados logo após o início da moléstia.

No que tange à avaliação complementar, assim que se define o diagnóstico de Diabetes Mellitus, o paciente deverá ser submetido a propedêutica para investigação de lesões em órgãos-alvo ou condições concomitantes que necessitem abordagem. A seguinte avaliação faz parte desta abordagem mínima inicial:

- Exame de Urina para pesquisa de elementos anormais e sedimentoscopia;
- Creatinina;
- Potássio sérico;
- Colesterol total e HDL-colesterol;
- Triglicérides;
- Eletrocardiograma;
- Avaliação oftalmológica;
- Microalbuminúria – deverá ser repetida anualmente (SMBH, 2001).

Falando no tratamento da DM ele inclui as seguintes estratégias: educação, modificações do estilo de vida, que incluem suspensão do fumo, aumento da

atividade física e reorganização dos hábitos alimentares; e, se necessário, uso de medicamentos.

A **educação alimentar** objetiva contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer calorias suficientes para a obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo saudável, prevenir complicações agudas e crônicas do DM e promover a saúde através da nutrição adequada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

O profissional deverá insistir nas vantagens do fracionamento dos alimentos, distribuídos em três refeições básicas e duas a três refeições intermediárias complementares, nelas incluída a refeição noturna (composta preferencialmente por alimentos como leite ou fontes de carboidratos complexos) (SBD, 2003).

A respeito do **tratamento da obesidade**, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2003) considera a associação do excesso de peso nos pacientes diabéticos, o tratamento agressivo da obesidade é parte essencial do manejo dos pacientes diabéticos. Pequenas reduções de peso (5% a 10%) se associam a melhora significativa nos níveis pressóricos e nos índices de controle metabólico e reduzem a mortalidade relacionada ao DM. O tratamento da obesidade deve-se iniciar com a prescrição de um plano alimentar hipocalórico e o aumento da atividade física.

Quanto ao tratamento medicamentoso farmacológico, a SMSABH (2001) cita que deve ser iniciado de acordo com a indicação:

- Glicemia de jejum > 140 mg/dl
- Glicemia pós-prandial > 160 mg/dl
- HbA1c > 8%

Os medicamentos antidiabéticos devem ser empregados quando não se tiver atingido os níveis glicêmicos desejáveis após o uso das medidas dietéticas e do

exercício. A combinação de agentes com diferentes mecanismos de ação é comprovadamente útil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

Na escolha de um hipoglicemiante oral devem ser considerados: idade, peso, duração do diabetes, dislipidemia, duração e gravidade da hiperglicemia, presença e grau de doença hepática e renal, presença de doença ulcerosa e outros problemas gastrintestinais. Quando usados em monoterapia, as sulfoniluréias e a metformina são igualmente eficazes na redução dos níveis de glicose plasmática e ambos são mais potentes do que outros hipoglicemiantes disponíveis (SMSABH, 2001).

O Quadro 4 mostra os hipoglicemiantes orais usados em nosso meio.

QUADRO 4 - Antidiabéticos orais

Opções farmacológicas novas e tradicionais de antidiabéticos orais	
Antidiabéticos orais tradicionais	
Fármaco	Mecanismo de ação
Acarbose	Retarda a absorção intestinal de glicose.
Metformina	Reduz primariamente a produção hepática de glicose e combate a resistência insulínica.
Glitazonas Rosiglitazonas Pioglitazona	Combate primariamente a resistência insulínica e reduz a produção hepática de glicose.
Sulfoniluréias Glimepirida Gliclazida Clorpropamida Glibenclamida Outros	Aumentam a secreção de insulina pelas células beta do pâncreas, com duração de ação de média a prolongada (8-24 horas). Úteis para o controle da glicemia de jejum e da glicemia de 24 horas.
Glinidas Repaglinida Nateglinida	Aumentam a secreção de insulina pelas células beta do pâncreas, com duração rápida de ação (1-3 horas). Úteis para o controle da hiperglicemia pósprandial.
Novas opções de antidiabéticos orais	
Inibidores da DPP-IV Vildagliptina Sitagliptina	Esta é uma nova classe terapêutica para o tratamento do diabetes, cujo mecanismo final é aumentar a secreção de insulina estimulada pela glicose e reduzir a secreção de glucagon pelas células alfa do pâncreas

Fonte: Augusto *et al.* (2010).

A **insulinoterapia** é indicada para alguns pacientes diabéticos do tipo 2 que necessitarão de terapia insulínica logo após o diagnóstico e muitos, ao longo do tratamento.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2003) afirma que o uso da insulina pode se associar a aumento de peso e presença de reações hipoglicêmicas. Esses efeitos adversos devem ser acompanhados e atentar-se para as indicações do uso de insulina, descritas a seguir:

- No diagnóstico, quando os níveis de glicose plasmática estiverem muito elevados, especialmente se acompanhados de perda de peso, cetonúria e cetonemia. Alguns destes pacientes não são do tipo 2, mas do tipo 1 de início tardio e, portanto, são dependentes de insulina. Pacientes obesos, com glicemia elevada na fase inicial do tratamento, podem não requerer insulina;
- Durante a gravidez quando não houver normalização dos níveis glicêmicos com dieta;
- Quando os medicamentos orais não conseguirem manter os níveis glicêmicos dentro dos limites desejáveis;
- Durante o tratamento com outros medicamentos quando surgirem intercorrências tais como cirurgias, infecções e acidente vascular cerebral, nas quais os níveis glicêmicos elevados podem piorar o prognóstico.
- Em pacientes com infarto agudo do miocárdio e com níveis de glicose plasmática superiores a 200mg/dl devem-se utilizar insulina por via endovenosa contínua e solução de glicose a 5% com cloreto de potássio. O emprego destas medidas pode reduzir a mortalidade cardiovascular em 30% . (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

O quadro 5 mostra as características farmacológicas das insulinas padronizadas pela SMSABH. É bom lembrar que a Secretaria Estadual de Saúde fornece a insulina Glargina para pacientes que se enquadrem em seu protocolo.

QUADRO 5 Características farmacológicas das insulinas

Nome	Tipo	Aspecto	Tempo de ação			Nomes comerciais
			Início	Pico	Duração	
Insulina Humana	NPH	Leitosa	1 - 3	6 - 10	16 - 24	Biohulin-N Humulin-N Insuman Novolin-N
	Regular	Límpida	0,5 - 1	2 - 4	5 - 7	Biohulin-R Humulin-R Insuman Novolin-R

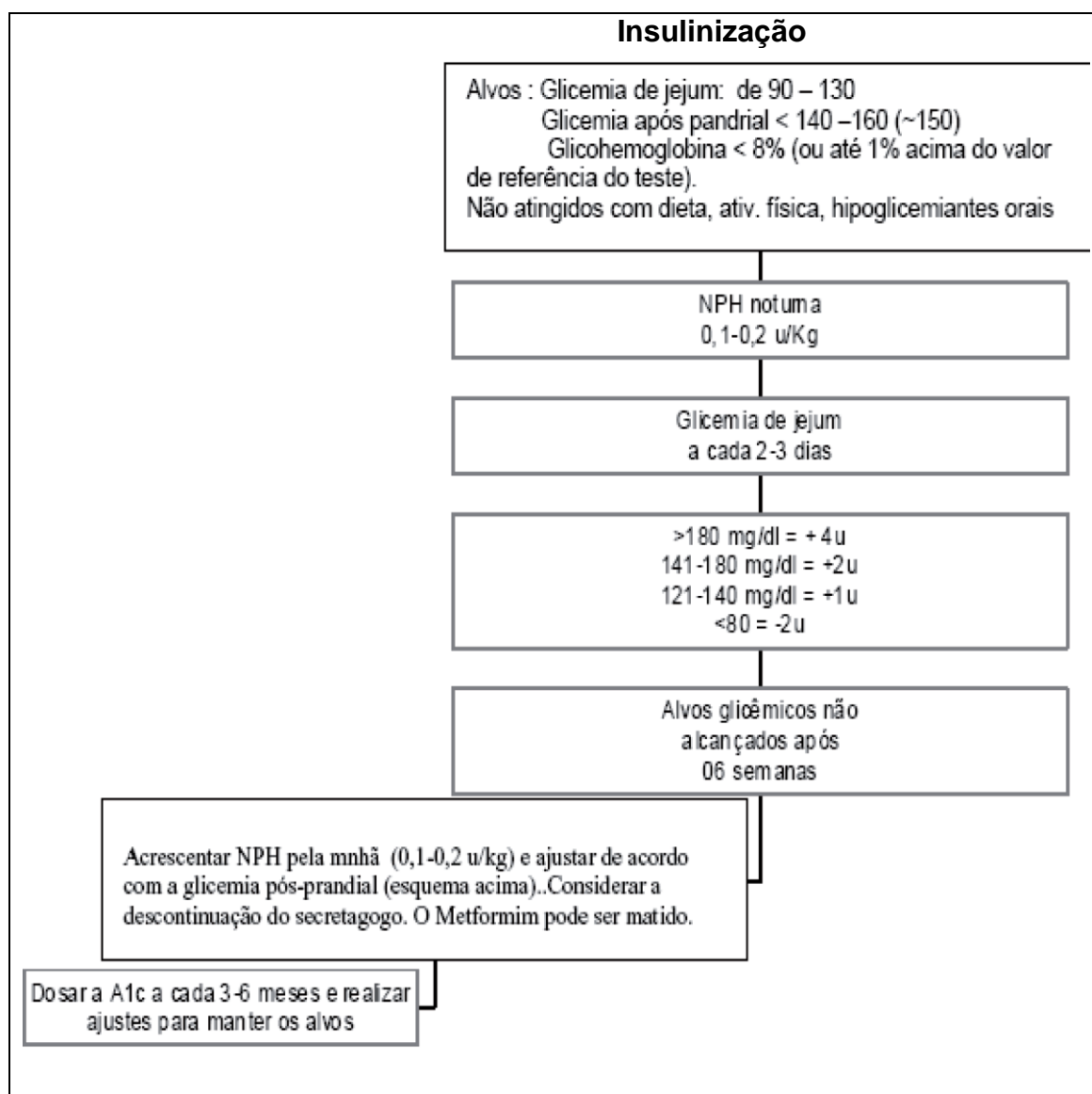
Fonte: Augusto *et al.* (2010).

Em relação à utilização de insulina a SMSABH declara que existem diversos esquemas de insulinização propostos na literatura.

A insulinização basal é realizada com 1 ou 2 aplicações de NPH ao dia. Se apesar dessa insulinização os pacientes ainda permanecerem fora das metas (HBA1C, glicemia de jejum ou pós prandial), necessitam da insulinização plena (bolus às refeições com insulina regulares ou análogas ultrarrápidas).

O esquema elaborado por Augusto *et al.* (2010) foi adotado pela SMSABH (2001), por acreditar em sua efetividade e eficiência. Deve-se ressaltar que, independentemente do esquema utilizado, a prioridade deve ser o alcance dos níveis desejados de HBA1C, glicemia pós prandial e glicemia de jejum. A tabela 1 apresenta o esquema adotado pela Secretaria Municipal de saúde de Belo Horizonte nos seus serviços ambulatoriais.

FIGURA 1 Esquema proposto para insulinização basal



Fonte: Augusto *et al.* (2010).

4.2 Fase 1: Diagnóstico Situacional

O Município de Santana do Riacho está localizado na Serra do Espinhaço há uma distância de 120 km de Belo Horizonte e seu principal acesso se dá através da Rodovia MG-10. Possui uma extensa área territorial (677 Km²), fazendo divisa com os Municípios de Jaboticatubas, Baldim, Santana do Pirapama, Morro do Pilar, Congonhas do Norte, Itambé do Mato Dentro e Conceição do Mato Dentro. Santana do Riacho conta com uma população de, aproximadamente, 4.023

habitantes (IBGE, 2010), dividido em três aglomerados urbanos, a Sede, o Distrito da Serra do Cipó, Distrito da Lapinha e 48 localidades rurais.

Da sede ao distrito existe uma distância de 30 km por estrada de terra e da sede as demais localidades rurais, distância variando entre 4 a 87 km por estradas de terra e/ou asfalto.

O Município caracteriza-se por baixa densidade demográfica e ampla extensão rural. É importante ressaltar que a dispersão populacional associada às péssimas condições da rede viária resulta em dificuldade de acesso da população à assistência de saúde.

A população não conta com atividades de lazer, recreação e atividade física, tais como: cinema, teatro, esportes, entre outras. A falta de ocupação/opção faz com que, grande parcela da população frequente, em demasia, bares consumindo bebidas alcoólicas. E ainda se faz crescente o consumo de drogas e criminalidade.

O Município conta, atualmente, com duas Equipes de Saúde da Família (ESF) completas, e também, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, farmacêutica, dentista e médico ginecologista. Uma das equipes está localizada na Sede e outra no Distrito Serra do Cipó. A atuação das equipes ocorre, principalmente, nas duas Unidades Básicas de Saúde, residências e mobilização da comunidade. O serviço é caracterizado como porta de entrada do sistema hierarquizado e regionalizado da saúde. Sendo assim, torna-se responsável por intervir sobre os fatores de risco, dos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade e por realizar atividade de educação e promoção da saúde. A área de responsabilidade da equipe está dividida em quatro micro áreas com um ACS responsável em cada área e ainda apresenta quatro áreas rurais (Campo Redondo, Vau da Lagoa, Alto Palácio e Ana Benta) que não possuem agente de saúde devido à baixíssima densidade demográfica e grande distância entre as moradias, tornando inviável a presença de um ACS.

Essas regiões têm acompanhamento mensal da equipe de saúde por meio de vistas domiciliares.

No que se refere aos aspectos demográficos tem-se o seguinte contingente populacional:

Tabela 1 - População de Santana do Riacho por faixa etária comparação entre IBGE e SIAB, 2010.

Faixa Etária	População 2010 (IBGE)	População 2010 (SIAB)
< de 1 ano	46	30
1 a 4 anos	192	186
5 a 9 anos	282	272
10 a 14 anos	383	363
15 a 19 anos	342	331
20 a 49 anos	1802	1622
50 a 59 anos	433	366
60 anos e +	543	511
Total	4023	3681

Fonte: IBGE e SIAB (2010)

Quanto à faixa etária, verifica-se que a população compreendida na faixa de 20 a 49 anos é a predominante, seguida da com mais de 60 anos. Isto significa que o contingente populacional maior é de pessoas no auge da produção e de pessoas da terceira idade em consonância com o perfil do povo brasileiro, de modo geral.

Tabela 2 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Serra do Cipó, segundo o sexo, 2010.

Faixa Etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
< de 1 ano	8	1,01	8	0,97
1 a 4 anos	46	5,84	37	4,48
5 a 9 anos	53	6,73	79	9,56
10 a 14 anos	88	11,17	72	8,72
15 a 19 anos	46	5,84	81	9,81
20 a 49 anos	398	50,50	367	44,43
50 a 59 anos	68	8,63	76	9,20
60 anos e +	81	10,28	106	12,83
Total	788	100	826	100

Fonte: SIAB (2010)

Quanto aos dados relativos à faixa etária de acordo com o sexo, percebe-se que o quantitativo de homens na idade produtiva supera ao das mulheres e, na terceira idade as mulheres são em número maior, também confirmando dados nacionais.

Tabela 3 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Serra do Cipó segundo a micro área, 2010.

Faixa Etária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Total	%
Menor 1 ano	5	11	0	0	16	0,99
1 a 4 anos	26	20	17	20	83	5,14
5 a 9 anos	38	27	28	39	132	8,18
10 a 14 anos	53	42	32	33	160	9,90
15 a 19 anos	23	38	24	42	127	7,88
20 a 49 anos	219	210	127	209	765	47,40
50 a 59 anos	32	56	29	27	144	8,92
60 anos e +	41	56	44	46	187	11,59
Total	437	460	301	416	1614	100

Fonte: SIAB (2010)

No que se refere aos aspectos ambientais encontra-se que o **saneamento**, na nossa área de abrangência, a Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) é responsável pelo abastecimento de água no distrito da Serra do Cipó, porém não atende todas as famílias e estabelecimentos comerciais. Esses têm acesso ao abastecimento de água por meio de poços, nascentes e rios, como os moradores das zonas rurais. Trata-se de fato preocupante, pois este tipo de abastecimento não conta com qualquer tipo de tratamento, conforme dados da tabela 4.

Tabela 4 - Proporção de famílias por tipo de abastecimento de água, 2010.

Abastecimento de água	Quantidade de famílias	%
Rede geral	400	87,34
Poço ou Nascente	58	12,66
Outra forma	0	0
Total	458	100

Fonte: SIAB (2010)

A situação do esgotamento sanitário é ainda mais preocupante. Não existe no município recolhimento adequado e tratamento do esgotamento sanitário e também não existe drenagem pluvial. Os dados da tabela 5 confirmam esses dizeres.

Tabela 5 - Proporção de famílias por tipo de instalação sanitária , 2010.

Instalação Sanitária	Quantidade de famílias	%
Rede geral de esgoto	0	0
Fossa	453	98,91
Céu aberto	5	1,09
Total	458	100

Fonte:SIAB, 2010

Quanto ao **lixo** do distrito da Serra do Cipó e das zonas rurais adscritas pela equipe de saúde da família ele é recolhido duas vezes por semana e é descartado no depósito de lixo de responsabilidade da Prefeitura do Município. Isso quer dizer que a coleta é pública, com dias definidos para coleta do mesmo. Entretanto, ainda têm famílias que queimam ou enterram o lixo, conforme dados da tabela 6.

Tabela 6 - Proporção de famílias por tipo de destino do lixo, 2010.

Coleta de lixo	Quantidade de famílias	%
Coleta pública	414	90,39
Queimado/ Enterrado	44	9,61
Outro destino	0	0
Total	458	100

Fonte: SIAB (2010)

Em relação aos **aspectos socioeconômicos** tem se que o turismo é o motor econômico do município, com ênfase ao desempenho turístico do distrito da Serra do Cipó que está dentro de nossa área de abrangência. As belezas naturais são atrativos constantes para turistas e para o desenvolvimento de esportes radicais.

A economia do município também é representada pela agricultura e pecuária. As duas atividades ainda são incipientes. Grande parte da população rural desenvolve agricultura de subsistência. Na pecuária existe a criação de gado de leite para produção de queijo artesanal, gado de corte, suínos e aves em pequena quantidade para consumo próprio. As práticas agrícolas são basicamente para consumo próprio com pequenas plantações de milho e feijão.

Os habitantes do município têm como principal fonte de renda os empregos na rede estadual, municipal e em prestação de serviços, que ainda bastante insuficiente, atendendo somente as necessidades básicas dos moradores. Sendo parte significativa desses trabalhadores informais.

No que concerne aos **aspectos epidemiológicos**, o município apresenta, como os demais estados brasileiros, a hipertensão arterial como principal morbidade seguida da diabetes e, em terceiro lugar o alcoolismo. O município não tem registro de doença de chagas, tuberculose e hanseníase. Esses dados poderem ser melhor visualizados na tabela 7.

Tabela 7 - Morbidade segundo a micro área na área de abrangência da ESF da Serra do Cipó, 2010.

Morbidade referida	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Total
Alcoolismo	0	18	0	2	20
Doença de Chagas	0	0	0	0	0
Deficiência	4	1	4	1	10
Epilepsia	5	3	0	1	9
Diabetes	15	14	8	12	49
Hipertensão arterial	56	63	41	54	214
Tuberculose	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0	0

Fonte: SIAB e ESF (2010)

Os **recursos de saúde** do município têm a seguinte configuração: há dois anos a Equipe de Saúde da Família da Serra do Cipó ganhou nova unidade de saúde. A

partir daí conta-se com uma estrutura idealizada e destinada para o atendimento à população adscrita. No entanto, apesar das boas instalações faz-se necessário a ampliação desta unidade uma vez que o número de consultórios não atende a demanda da equipe; falta sala de reunião/situação, área para realização de grupos e refeitório. Esta realidade, às vezes, prejudica principalmente os trabalhos em grupo, atendimentos individuais e a realização de reuniões da equipe. Para minimizar esses problemas procura-se por meio da confecção de cronograma mensal a distribuição das atividades de forma a permitir a realização de todas elas na própria unidade. As programações procura-se intercalar os profissionais para os atendimentos individuais. Os grupos são realizados na recepção da unidade e, quando necessário, realiza-se a divisão dos grupos para viabilizar a realização das atividades e as reuniões de equipe são realizadas no espaço disponível na ocasião.

A unidade de saúde se encontra equipada para o atendimento da população adscrita no que se diz respeito à atenção primária, porém este serviço é a única porta de entrada para o serviço de saúde no município. O que é preocupante porque além da população residente na área, a região tem características turísticas com foco nos esportes radicais e recebe principalmente aos finais de semana, feriados prolongados e férias escolares grande número de turistas. Isto representa uma demanda que a unidade não está estruturada para atender uma vez que, ela não conta com infraestrutura e equipamentos para o primeiro atendimento de trauma e emergências clínicas que, muitas vezes chegam ao serviço.

O município também conta com a Farmácia de Minas inaugurada em outubro de 2009 que mantém o fornecimento de medicamentos para os portadores de doenças crônicas, crianças, gestantes e outros medicamentos para tratamento de doenças prevalentes no município. Em relação ao acesso aos exames complementares pode-se dizer que o quantitativo é insuficiente e o tempo entre a solicitação, realização e resultado não atende as necessidades para a realização de diagnósticos em tempo adequado de patologias e as consultas especializadas também são insuficientes e não se tem acesso à contra referência.

Também se faz fundamental ressaltar a dificuldade de encaminhamento dos pacientes para atenção secundária ainda que pactuada por PPI, pois, existe por vezes resistência por parte dos profissionais do serviço em receber os pacientes. E quando se fala em atenção terciária a realidade é ainda mais difícil, pois, a atenção primária não tem fácil acesso ao SUS para internação hospitalar dependendo assim do intermédio da atenção secundária para este acesso.

Ainda de acordo com o diagnóstico situacional, percebe-se, pela **observação ativa**:

- Más condições de moradia;
- Presença de fossas rudimentares em várias moradias na área urbana e nas zonas rurais;
- Uso de água de nascente, poços e rio;
- Falta de opções de lazer;
- Alta frequência em bares;
- Difícil acesso às zonas rurais devido às más condições das estradas de terra;
- Dificuldade de compreensão por parte da população quanto ao tratamento de doenças e uso correto de medicações.
- Atrativos turísticos;
- Turismo com foco em esportes radicais.

E no que diz respeito aos **principais problemas identificados**, tem-se:

- significativo número de analfabetos principalmente na população mais idosa;
- Ausência de esgotamento sanitário;
- Falta de acesso a água tratada em algumas residências da área urbana e nas zonas rurais;
- Risco cardiovascular aumentado;
- Verminoses;
- Desemprego;

- Alto índice de trabalho informal;
- Baixo poder aquisitivo;
- Falta de acesso a lazer;
- Alcoolismo;
- Aumento do uso/abuso de álcool e drogas licitas e ilícitas;
- Cárie dentária;
- Gravidez na adolescência;
- Sistema de informação desatualizado;
- Dificuldades para atingir todas as metas pactuadas para atenção básica.

4.3 Fase 2 - Reconhecimento do cenário das atividades e do público alvo

O cenário de estudo estabelecido é o Distrito da Serra do Cipó e já referendado anteriormente. A atenção ao paciente diabético, inicialmente, era realizada apenas durante a consulta médica com direcionamento farmacêutico. A ESF enfrentava baixa adesão ao tratamento e ocorrência de agravos relacionados a esta não adesão e descontinuidade do tratamento.

O distrito de Serra do Cipó consta com 1.614 pessoas atendidas pela ESF, entre estes habitantes 49 (quarenta e nove) são sabidamente diabéticos, o que corresponde a 3% da população atendida. Comparando esse percentual com os números nacionais de 5,2% no ano de 2008, nosso município fica aquém do encontrado nacionalmente. Foram diagnosticados três pacientes com DM tipo I e 46 (quarenta e seis) pacientes com DM tipo II. Em relação ao analfabetismo cerca de 16 pacientes são analfabetos, o que corresponde a 32,65% dos pacientes com DM. No distrito apresenta ainda os seguintes dados:

Tabela 8 -- População de DM da Zona Rural segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Serra do Cipó segundo o sexo, 2010.

Faixa Etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
40 a 49 anos	0	0	2	18,18
50 a 59 anos	1	9,09	2	18,18
60 a 69 anos	1	9,09	3	27,28
80 anos e +	0	0	2	18,18
Total	2	18,18	9	81,82

Fonte: SIAB; ESF (2010).

Os dados apontam que a faixa etária de pessoas com mais de 60 anos e do sexo feminino são os mais acometidos com a diabetes.

Os dados da tabela 9 encontram ressonância com a prevalência estipulada para pacientes com essa doença e que, em sua maioria, encontra-se na faixa etária de 45 a 64 anos (BRASIL ,2009).

Tabela 9 - População de pacientes com DM segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Serra do Cipó SIAB, 2010.

Faixa Etária	2010 (SIAB)	
	Número	%
< de 1 ano	0	0
1 a 4 anos	1	2,04
5 a 9 anos	0	0
10 a 14 anos	0	0
15 a 19 anos	0	0
20 a 29 anos	2	4,08
30 a 39 anos	2	4,08
40 a 49 anos	8	16,32
50 a 59 anos	14	28,58
60 a 69 anos	13	26,54
70 a 79 anos	7	14,28
80 anos e +	2	4,08
Total	49	100

Fonte: SIAB; ESF (2010).

4.4 Fase 3- Plano de Ação

O plano foi dividido em etapas para sua operacionalidade.

a) Capacitar a equipe

Com a mudança da prática assistencial de saúde no Brasil se faz necessário um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual esta família está inserida.

De acordo com Costa Neto (2000), o profissional da equipe de saúde da família necessita ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, de forma humanizada e resolutiva, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Esse profissional precisa, portanto, saber transitar

entre os diversos setores envolvidos no contexto saúde/doença para que possa mobilizar a comunidade no sentido de torna-la participante ativa das atividades propostas e necessárias.

Proposta de roteiro para treinamento em equipe de saúde da família

TEMAS:

A prática de “acolhimento” no campo da saúde: uma estratégia para o DM

Objetivo

- discutir o conceito de acolhimento bem como a sua importância para as pessoas com DM no SUS;

Educação em Saúde: estratégias para atender pessoas com Diabetes Mellitus

Objetivo

- Discutir o conceito e sintomatologia da doença para o reconhecimento da DM;
- Compreender a educação em saúde como um dispositivo fundamental ao processo de trabalho em saúde;

Possibilidades Metodológicas nas Ações de Educação em Saúde

Objetivo

- Conhecer as ferramentas que podem ser utilizadas na organização e execução de atividade para educação em saúde

Proposta de abordagem pedagógica

- Metodologia de problematização pela reflexão crítica da realidade.
- Construção coletiva do conhecimento.
- Capacitação voltada para o trabalho com ênfase na interdisciplinaridade, intersetorialidade e atuação multiprofissional.
- Formação centrada de novas habilidades, posturas, aptidões e conhecimento de forma a permitir que a intervenção na realidade e a resolução dos problemas nela inseridos.

b) Conhecer e captar os pacientes com DM e casos suspeitos

Após a equipe se capacitar torna-se essencial conhecer e captar os pacientes com diagnóstico confirmado e os casos suspeitos.

Seguem abaixo algumas condições de risco que, de acordo com protocolo de DM de Belo Horizonte justificam o rastreamento, captação de casos suspeitos para o DM tipo 2:

- Idade maior que 40 anos;
- Histórico familiar (pais, filhos, irmãos, etc.) de DM;
- IMC maior que 27 kg/m²;
- Aumento da RCQ (circunferência da cintura e do quadril para cálculo da RCQ – Relação Cintura-Quadril, (RQC normal: homens, até 1 m; mulher, até 0,80 m);
- Hipertensão Arterial;
- Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos;
- Histórico prévio de hiperglicemia e/ou glicosúria;
- Mães de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Mulheres com antecedentes de abortos frequentes, partos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio, diabetes gestacional;
- HDL-colesterol menor ou igual a 35 mg/dl;
- Triglicérides maior ou igual a 200 mg/dl;
- Uso de medicamentos diabetogênicos (corticóides, anticoncepcionais, dentre outros);
- Sedentarismo.

c) Elaboração do Protocolo de Assistência

PROTÓCOLO PARA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO DA SERRA DO CIPÓ

INTRODUÇÃO

Este protocolo foi elaborado com os seguintes objetivos:

- Garantir assistência multiprofissional ao paciente com DM;
- Qualificar a relação profissional da saúde e usuário da unidade de saúde;
- Oferecer soluções possíveis com segurança, agilidade para o serviço e o uso racional de recursos disponíveis;
- Facilitar o acesso do paciente com DM no serviço de saúde;
- Oferecer opções de assistência qualificada independente do estado de saúde do paciente com DM;
- Estabelecer estratégias que qualifique a assistência ao paciente com DM.
- Definir toda a equipe como sujeito de promoção da saúde e prevenção de agravos;

APRESENTAÇÃO

Considerando a realidade do serviço de saúde do distrito de Serra do Cipó os recursos disponíveis e os padrões de doença, fez-se necessário a criação do protocolo, baseado em ações realizadas anteriormente pela equipe, a fim de padronizar e direcionar as ações dos membros da equipe de saúde da família. Sendo propostas estratégias de assistência em diferentes ambientes com a participação ativa de toda a equipe, bem como do paciente com DM.

FUNCIONAMENTO

A proposta de funcionamento do protocolo foi discutida com base nas ações já em andamento pela equipe e referenciou-se no que estabelece o Ministério da Saúde para a atenção básica: promoção, proteção, tratamento, recuperação e reabilitação do indivíduo e na declaração de Araújo e Rocha (2007) sobre os elementos centrais do PSF, o trabalho com comunidade adscrita, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e o trabalho em equipe multiprofissional.

Visita domiciliar

Com a mudança no modelo assistência na saúde, surgiram novas ações para ampliar o acesso à saúde, entre essas a visita domiciliar. De acordo com Mandú *et al.* (2008) esta se encontra como prática sistemática realizada pelas ESF, afirmam que o cuidado cabe a toda equipe tanto no âmbito do domicílio como nos espaços comunitários.

Entrar na casa das pessoas, conhecer seus hábitos, suas relações familiares e a rotina cotidiana são uma fonte muito rica para o planejamento das ações sanitárias e de promoção da saúde (ABRAHÃO e LAGRANGE, 2007). No entanto, acrescentam Mandú *et al.* (2008), a visita domiciliar possibilita o acesso amplo aos serviços e suas tecnologias, principalmente para os moradores da zona rural; à equidade; ao acesso a componentes da clínica e vigilância à saúde, pois facilita e colabora na captação e acompanhamento dos pacientes com DM; a ser bem tratado e respeitado em suas recusas e conhecimentos.

Zanetti, Mendes e Ribeiro (2001) afirmam que o responsável pelo acompanhamento domiciliar das famílias com pacientes diabéticos deve comprometer-se com a educação e treinamento dos pacientes e seus familiares, incluindo os instrumentos e equipamentos utilizados no domicílio, bem como a aplicação de insulina e a tomada e armazenamento dos medicamentos. Para tal, ação de promoção e educação em saúde este profissional deverá utilizar da visita domiciliar para acompanhar adequadamente este paciente.

Consultas médicas

Caprara e Rodrigues (2004) afirmam a necessidade de buscar uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes para que se tenha maior qualidade na relação médico-paciente. Essas autoras declaram, ainda, que o profissional médico deve incorporar aos cuidados a percepção acerca da doença, uma vez que são valores e compreensões próprias daquele caso, pois além do suporte técnico-diagnóstico, é preciso sensibilidade para conhecer a realidade do

paciente, ouvindo suas queixas e encontrando, juntos, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença.

Torquato *et al.* (2011) apresentam a consulta médica e a avaliação clínica do paciente com DM, e também a periodicidade das mesmas, de acordo com esquema a seguir:

Primeira consulta e anualmente

- História detalhada e exame físico
- Peso (kg)/altura²(m)
- Cálculo do índice de massa corpórea
- Circunferência abdominal (cm) *
- Pressão arterial em ambos os membros superiores e em pé
- Sensibilidade protetora plantar nos diabéticos (teste do monofilamento de 10g)
- Palpação de pulsos (pedioso e tibial posterior)
- Inspeção da pele e dos pés
- Solicitação de exames anuais e de fundo de olho (vide capítulo 10)
- Glicemia jejum, pós-prandial e hemoglobina glicada (diabéticos)
- Eletrocardiograma
- Iniciar programa educativo
- Orientação da dieta

* Medir na metade da distância entre a face inferior da última costela e a porção superior da crista ilíaca.

Primeiro retorno

- Peso e circunferência abdominal (cm)
- Pressão arterial
- Verificar exames solicitados anteriormente
- Continuar programa educativo

Retorno trimestral para diabéticos

- Peso e circunferência abdominal (cm)
- Pressão arterial
- Glicemia jejum, pós-prandial e hemoglobina glicada (diabéticos)

- Inspeção dos pés (diabéticos)
- Continuar com as atividades educativas.

Consultas de enfermagem

Silva e Oliveira (2010) afirmam que a assistência de enfermagem deve ser voltada à prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação e educação em saúde com foco no autocuidado.

Ao enfermeiro cabe ainda, identificar precocemente as complicações que acometerem o paciente com DM, reconhecendo a sintomatologia de cada complicação, identificando-as e intervindo tão logo sejam identificadas. Além da assistência ao paciente esses autores acrescentam a importância de uma abordagem familiar, uma vez que, os demais membros dessa família podem contribuir com o tratamento e demais cuidados.

Torquato *et al.* (2011) confirmam as declarações feitas por Silva e Oliveira (2010) e apresentam as pontuações a serem analisadas durante a consulta de enfermagem e também esclarece sua periodicidade.

Primeira Consulta

Avaliar:

- Peso, altura, IMC e circunferência abdominal
- Pressão arterial e glicemia capilar
- Adesão à medicação atual
- Auto-aplicação de insulina/administração de antidiabéticos orais
- Automonitorização da glicemia
- Hábitos: fumo, álcool, sedentarismo e alimentação
- Imunização
- Conhecimento sobre diabetes e hipertensão;
- Conhecimento sobre realização de medidas preventivas e de autocuidado,
- Como o cliente está se cuidando
- Necessidade de sensibilização educativa;
- Habilidades de autocuidado;

- Cavidade oral
- Reforçar as orientações de autocuidado conforme necessidades identificadas;
- Realizar exame físico geral destacando o exame de membros inferiores para risco de úlceras/amputação e avaliação dos calçados;
- Convidar o paciente para participar do grupo de sensibilização educativa sobre DM/HA e autocuidado.
- Reforçar a participação ativa do paciente no seu autocuidado negociando as metas que se pretende atingir no tratamento em curto e médio prazo.

Uma vez detectado o grau de risco, proceder ao planejamento do retorno ou a frequência das consultas (semestral, trimestral ou intervalos menores) e necessidade de encaminhamentos (TORQUATO *et al.*, 2011).

Retorno semestral

- Pessoas até 60 anos, apresentando diabetes e/ou hipertensão;
- Pessoas sem presença de complicações crônicas;
- Pessoas com adequado conhecimento sobre diabetes e ou hipertensão;
- Pessoas com conhecimento de medidas preventivas e autocuidado;
- Pessoas com adequado controle metabólico e ou da pressão arterial;

Retorno trimestral

- Pessoas acima de 60 anos e idosas;
- Pessoas com longo tempo de diagnóstico do diabetes (≥ 10 anos);
- Pessoas com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial;
- Pessoas com presença de outras complicações crônicas decorrentes do DM/HA (déficit visual, acidente vascular cerebral - AVC, dentre outros);
- Pessoas com inadequado controle metabólico (perante avaliação de exames laboratoriais que constam em prontuário) e/ou da pressão arterial;
- Pessoas tabagistas ativas;
- Pessoas com déficit de conhecimento sobre diabetes e ou hipertensão;
- Pessoas com déficit de conhecimento sobre medidas de prevenção e autocuidado;

- Pessoas apresentando frequentes episódios de hipo e hiperglicemia;
- Pessoas que moram sozinhas/isoladas ou com baixo grau de escolaridade;
- Pessoas com alguma limitação da mobilidade para realizar o autocuidado (problema de coluna ou joelhos, obesidade, dentre outros, avaliando a necessidade de remoção ou visita domiciliar);
- Pessoas com sensibilidade plantar comprometida;
- Pessoas com deformidades nos pés (dedos em martelo, dedos em garra, hálux vago; pé de Charcot, úlcera ou amputação prévia, outros);
- Pessoas com doença vascular periférica.
- Pessoas em uso de insulina

Encaminhamento para outros profissionais

Para garantir a atenção integral ao paciente com DM, haverá em algumas situações a necessidade de encaminhamento para outras unidades de referência ou mesmo outro profissional, como por exemplo nutricionista, psicólogo, oftalmologia, endocrinologia entre outros (BRASIL, 2006).

Discussões de casos com a equipe multiprofissional

A interdisciplinaridade das últimas décadas tem sido apontada como modelo importante para o trabalho em saúde, com resultados positivos avaliados pela satisfação e motivação do trabalhador e também para assistência qualificada (TAVARES, MATOS E GONÇALVES, 2005).

Teixeira e Zanetti (2006) afirmam que esta forma de trabalho permite maior eficiência e menor custo-efetividade nos programas educativos. Sendo também uma atividade gratificante, porém cansativa para os profissionais, e sugerem maior investimento na educação continuada da equipe, para que garanta a integralidade do cuidado, de forma a desencadear a cooperação interna e a disponibilização do saber de cada profissional da equipe e assim reduzir as diferenças técnicas e teóricas entre a equipe.

Para tal atividade deverá ocorrer semanalmente nas reuniões da equipe para discutir os casos de difícil adesão ao tratamento bem como falhas neste tratamento, novos casos e sugestões de novas abordagens.

Grupos operativos

Segundo Afonso *et al.* (2009), o grupo trabalha como um campo de referências tanto de conhecimentos como de afetos onde a pessoa se vê como integrante do grupo, e pode, também, tanto dificultar quanto estimular processos criativos e críticos.

Corroborando com esses autores Almeida e Soares (2010) descrevem que o grupo operativo é desenvolvido para promover um processo de aprendizagem sobre o manejo do tratamento, expressando a tarefa comum que o grupo deve articular. No caso do grupo para pacientes com DM a tarefa será aprender a viver com DM, desenvolvendo o autocuidado e autonomia, ampliando a adesão ao tratamento em busca de qualidade de vida.

Diante desse pressuposto, a tarefa a ser realizada deve ser elaborada em conjunto com o grupo e realizada com a participação de todos os participantes de acordo com as características individuais. Para tanto, a equipe deverá elaborar atividades que alcancem os objetivos propostos e que estimulem a participação dos pacientes fazendo com que ocorra a transmissão de conhecimento e estimulando o indivíduo enquanto sujeito social.

Diante de tais conceitos, a ESF do distrito da Serra do Cipó vem buscando identificar atitudes da ESF que poderiam melhorar a assistência e a adesão ao tratamento por parte do paciente diabético, sendo identificada a necessidade de desenvolvimento de propostas complementares para o tratamento desses pacientes.

Assim, há aproximadamente três anos, iniciaram-se atividades programadas, que visam à promoção da saúde e prevenção de agravos dos doentes crônicos. Essas

atividades são desenvolvidas na forma de grupos operativos, mensalmente, e contam com a participação dos membros da ESF e de profissionais da equipe de apoio: psicólogo, nutricionista, cirurgião dentista e farmacêutico.

Descrição do funcionamento e construção de fluxogramas e matriz de gerenciamento do processo de trabalho para os grupos operativos

Em continuidade às propostas de ação, é que se sugere a padronização das condutas dos membros da ESF do Distrito da Serra do Cipó na atenção aos pacientes diabéticos da sua área de abrangência, buscando melhores resultados na promoção à saúde, bem estar e prevenção de agravos, bem como maior eficácia do tratamento e melhores índices de cobertura.

Propostas de estratégias pedagógicas:

- Mesa redonda – discussão para sensibilização e orientação em Diabetes Mellitus com os pacientes e familiares. Primeiro semestre de cada ano, a participação deverá ocorrer de forma espontânea (TORRES, HORTA E SCHALL, 2003).
- Encontros mensais - serão 10 a 15 participantes, cada encontro será coordenado por um profissional diferente da equipe, porém deverá contar com pelo menos dois profissionais em cada encontro. O profissional deverá buscar transmitir os conhecimentos básicos de sua área temática e procurando refletir a possibilidade em trabalhar os estilos de vida levando assim a facilitação do controle da doença. Esses encontros seguirão quatro fases:
 - 1) medida dos dados antropométricos, glicemia capilar e aferição de sinais vitais;
 - 2) uso de técnica de jogos e dinâmicas no início do encontro para relaxar os participantes;
 - 3) exposição do conteúdo programático sobre a doença, também por meio de jogos e dinâmicas;

4) encaminhamento dos participantes que apresentam alterações da glicemia ou que apresenta receitas vencidas para avaliação médica.

- Encontros extras: nestes encontros são inseridos outros profissionais, tais como nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta entre outros disponíveis. Podem ainda estar inseridos nos encontros mensais. Sempre com a participação de pelo menos dois membros da equipe de saúde da família.

Propostas de Jogos para realização nos grupos operativos:

Antes de iniciar a atividade deve ter em mente o público-alvo, o nível de entendimento, faixa etária e nível de alfabetização. Essas atividades foram retiradas de Torres, Horta e Schall (2003), a saber:

- Tira-Dúvidas: Assuntos que podem ser abordados: diabetes e insulinoaterapia. Com enfoque em: conceito da doença, sintomas, causas, tipos de diabetes, tratamento com a insulina, a conservação, a técnica de preparo da insulina, a região do corpo para a aplicação e o hipoglicemiante oral. As peças do jogo são compostas de vinte fichas numeradas, contendo, cada uma delas, uma pergunta sobre o assunto em questão;
- Coração Partido: Apresenta os participantes do grupo e os profissionais de saúde. Inicia com a realização da dinâmica como recepção ao novo encontro. Com um coração partido em mãos, o participante deverá encontrar o companheiro e assim juntar as partes para compor um coração de bons sentimentos. Esta atividade incentiva o contato com o outro e estreita seus laços afetivos;
- Roleta das Complicações: Os assuntos a serem abordados são as complicações do diabetes: retinopatia, nefropatia, neuropatia, pé diabético, hiperglicemia e hipoglicemia. As peças do jogo são compostas de uma roleta dividida em seis cores, cada uma representando uma complicação

do diabetes, e trinta fichas com perguntas sobre as complicações, sendo cinco de cada uma;

- Relógio do Cotidiano: Faz com que os participantes saibam organizar o seu dia-a-dia, mostrando a necessidade de se ter horário para lazer, atividade física, alimentação, trabalho etc., prevenindo as complicações do diabetes;
- Expressões do Dia: Permite expressar o sentimento com que o indivíduo mais se identifica no momento (alegria, tristeza, raiva, preocupação etc.);
- Semáforo da Dieta: Os principais assuntos abordados foram: definição e importância da nutrição, grupos alimentares, substituições, fracionamento, alimentos dietéticos. As peças do jogo são compostas de um painel ilustrativo, sob a forma de um semáforo; seis fichas referentes às quantidades permitidas para ingestão do alimento, que são sorteadas, e várias miniaturas de alimentos com ímãs.

Responsabilidades dos componentes das equipes

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) sobre Diabetes Mellitus são responsabilidades dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) na assistência do paciente com DM:

Agente Comunitário de Saúde

- 1) Esclarecer a comunidade, por meio, de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- 2) Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.

- 3) Identificar, na população adscrita, a partir dos fatores de risco descritos acima, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico.
- 4) Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família.
- 5) Encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente e, dentro desse contexto, ajudar o paciente seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular.
- 6) Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.
- 7) Questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com diabetes identificado, e encaminhar para consulta extra.
- 8) Verificar o comparecimento dos pacientes com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos).

Auxiliar de Enfermagem/Técnico de Enfermagem

- 1) Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde.
- 2) Orientar as pessoas sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados ao diabetes, como hábitos de vida ligados à alimentação e à atividade física.

- 3) Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados.
- 4) Proceder às anotações devidas em ficha clínica.
- 5) Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária.
- 6) Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência.
- 7) Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico.
- 8) Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.
- 9) Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

Enfermeiro

- 1) Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos.
- 2) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades.
- 3) Realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2 identificadas pelos agentes comunitários, definindo

claramente a presença do risco e encaminhado ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum quando necessário.

- 4) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário.
- 5) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de pacientes diabéticos).
- 6) Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.
- 7) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal.
- 8) Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.
- 9) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.
- 10) Encaminhar os pacientes portadores de diabetes, seguindo a periodicidade descrita neste manual, de acordo com a especificidade de cada caso (com maior frequência para indivíduos não-aderentes, de difícil controle, portadores de lesões em órgão salvo ou com co-morbidades) para consultas com o médico da equipe.
- 11) Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco.

- 12) Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de diabetes, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso).
- 13) Organizar junto ao médico, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes.
- 14) Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.

Médico

- 1) Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos.
- 2) Realizar consulta com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2, a fim de definir necessidade de rastreamento com glicemia de jejum.
- 3) Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis co-morbidades, visando à estratificação do risco cardiovascular do portador de diabetes.
- 4) Solicitar exames complementares, quando necessário.
- 5) Orientar sobre mudanças no estilo de vida e prescrever tratamento não medicamentoso.
- 6) Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso.

- 7) Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.
- 8) Encaminhar à unidade de referência secundária, de acordo com a periodicidade estabelecida neste manual, todos os pacientes com diabetes, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica.
- 9) Encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes portadores de diabetes com dificuldade de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local.
- 10) Encaminhar à unidade de referência secundária os casos de diabetes gestacional, gestantes com diabetes e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc). Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de diabetes, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso).
- 11) Organizar junto ao enfermeiro, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes.
- 12) Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.

Cirurgião Dentista

- 1) Desenvolver ações voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal do portador de diabetes.
- 2) Traçar o perfil de saúde bucal dos pacientes com diabetes na comunidade.

- 3) Realizar procedimentos clínicos com atenção especial à doença periodontal, pelo seu papel no controle glicêmico.

Técnico em Saúde Bucal ou Técnico de Higiene Dental

- 1) Realizar atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, especialmente para minimizar doença periodontal.
- 2) Realizar procedimentos preventivos, por exemplo, escovação supervisionada e raspagem.
- 3) Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe no tocante à saúde bucal do portador de diabetes.

Atendente de Consultório Dentário

- 1) Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, aos usuários como evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação, uso de fio dental.
- 2) Agendar o paciente com diabetes e orientá-lo quanto ao retorno e à preservação do tratamento.
- 3) Acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe no tocante à saúde bucal.

Fichas para registro das ações da equipe

As fichas para registro das ações (APÊNDICES I e II) justificam-se por manter os dados dos pacientes com DM atualizados e de fácil acesso para toda a equipe, uma vez que facilitará o acompanhamento e controle glicêmico destes pacientes.

Desta forma a equipe deverá construir uma modelo de ficha que melhor se adéqüe à equipe e às características destes pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da vivência no serviço de saúde do município e da realização do presente estudo observou-se a necessidade de investimento no âmbito da organização e padronização das ações voltadas à assistência ao paciente diabético. O acesso é um fator decisivo na promoção da saúde e prevenção de agravos e sabe-se que, a falta de acesso pode levar ao controle deficiente e conseqüentemente a agravos à saúde do paciente. Assim, busca-se a ampliação do acesso dos diabéticos de responsabilidade da ESF da Serra do Cipó. Dessa forma, pretende-se não só melhorar os cuidados integrais dispensados aos pacientes diabéticos, mas ainda reduzir o número de complicações que levam ao aumento do custo socioeconômico advindo desse processo de adoecimento.

A partir da identificação da necessidade de se padronizar o atendimento ao diabético proposição da criação de um protocolo, com o intuito de organizar a assistência e assim interferir positivamente em sua qualidade é, portanto uma necessidade. A avaliação médica e a realização de exames periódicos são indispensáveis para este processo; porém, para obtenção de bons resultados no que tange à qualidade de vida e os indicadores de saúde são necessárias ações complementares e alternativas e a presença significativa do enfermeiro é fundamental.

Com a criação do protocolo será possível padronizar as condutas dos membros da ESF conseguindo assim resultados expressivos no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de agravos proporcionando melhor qualidade de vida e menos incidência de sequelas ocasionadas pela doença.

Em síntese, este estudo foi relevante, pois visa demonstrar a necessidade de conservação e investimento em propostas complementares de tratamento de doentes crônicos, por meio da organização e da padronização da assistência e que vão além do modelo tradicional unicamente médico/medicamentoso.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia; LAGRANDE, Valéria. **A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio**. P. 151-171. In: _____ MOROSINE, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D. Andrea. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

AFONSO, M.L.M. *et al.* O processo grupal e a educação de jovens e adultos. **Psicologia em estudo**. v.14 n.4. p.707-715 out./dez. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 25 out. 2010.

ALMEIDA, Shirley Pereira de. SOARES, Sônia Maria. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 1, p. 1123 – 1132, 2010.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza. ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

AUGUSTO, Daniel Knupp et al. Protocolo de Diabetes Mellitus Parte I. p. 16-88. In: _____. PMBH. **Protocolo de Diabetes Mellitus e atendimento em angiologia e cirurgia vascular**. Belo Horizonte, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAPRARA, Andréa. RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: representando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

COSTA NETO, Milton Menezes. **Treinamento introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.

IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em < <http://www.censo2010.ibge.gov.br> > Acesso em: 05 nov. 2011.

KING, H; AUBERT, R.E; HERMAN, W. H. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. v. 21, p:1414-1431.,1998.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira et al. Visita Domiciliária sob olhar de usuário do programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.17, n.1, p 131-140. Jan.- Mar., 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 198 p.

SILVA Gêssica Kelly da. OLIVEIRA, Emanuela Rozeno de. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitu: um enfoque na atenção primária em saúde. VEREDAS FAVIP- **Revista Eletrônica de Ciência**. V.3, n.2, jul./dez. 2010.

OMS. Relatório mundial. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Suíça 2003.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.2, p 377-85, fev. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Comitê Científico de Estudo de Utilização de Medicamentos – Boletim de Informação Terapêutica. **Tratamento de Diabetes Mellitus Tipo 2 em Nível Ambulatorial**. Belo Horizonte, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002**: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. – Rio de Janeiro: Diagraphuic, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

TAVARES, Celina Maria Araújo. MATOS, Eliane. GONÇALVES, Leonor. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma Perspectiva de atenção intredisciplinar à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.14, n.2, p. 213-21, abr./jun. 2005.

TEIXEIRA, Carla Regina de Souza. ZANETTI, Maria Lúcia. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. **Rev. Bras Enferm**, v.59, n.6, p.812-7, nov./dez. 2006.

TORQUATO, M.T.C.G. et al. **Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes**. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. 2011.

TORRES, Heloísa de Carvalho; HORTALE, Virginia Alonso; SCHALL, Virginia. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.

WERNECK, M. A. F; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

ZANETTI, Maria Lúcia; MENDES, Isabel Amélia Costa; RIBEIRO, Kátia Prado. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticos tipo 1. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.9, n.4, p. 32-6. Jul, 2001.

