

<p><b>Tatiana Maria Pereira Lattanzi</b></p>	<p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</b> <b>CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA</b></p>
<p><b>acompanhamento dos usuários diabéticos na Estratégia Saúde</b></p>	<p><b>DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b></p> <p><b>Tatiana Maria Pereira Lattanzi</b></p>
<p><b>2011</b></p>	<p><b>Conselheiro Lafayette</b> <b>2011</b></p>

Tatiana Maria Pereira Lattanzi

**DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Margem  
esquerda  
3 cm

Margem  
direita  
2 cm

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

Orientador: Prof. Leonardo Savassi

Conselheiro Lafayete  
2011

Tatiana Maria Pereira Lattanzi

**DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Prof. Leonardo Cançado Savassi

Banca Examinadora

Prof. Leonardo Cançado Savassi - orientador  
Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araujo

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agradeço à Deus, por estar em minha vida.

À minha família, em especial a minha mãe, pelo incentivo e apoio em todos os sentidos para continuar este trabalho.

Aos meus amigos, que em todos os momentos acreditaram em mim, principalmente nos momentos difíceis em que estive: Daniela Bastos, Michelle Escobar, Maria Magdalena, Amanda Corrêa, Etienne Gonçalves, Alexandre Eller... e muitos outros que direta e indiretamente me ajudaram na conclusão deste trabalho.

Aos orientadores que me apoiaram com suas contribuições e injeções de ânimo, Kátia Ferreira Costa Campos e Leonardo Cançado Monteiro Savassi.

## RESUMO

Este trabalho descreve as diretrizes para o acompanhamento dos pacientes diabéticos na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Quissamã/RJ. O interesse por esse tema surgiu devido ao alto número das internações por complicações do Diabetes Mellitus no município, levando a reflexão sobre o processo de acompanhamento de usuários diabéticos realizado pela ESF. Em minha prática como supervisora das equipes de saúde da família, observei uma descontinuidade no acompanhamento desse usuário. Este trabalho teve como objetivos Identificar na literatura as principais ações que devem estar presentes na atenção ao diabético, pela Estratégia Saúde da Família e propor diretrizes para o acompanhamento do usuário diabético pela Estratégia Saúde da Família. Foi realizada uma revisão narrativa a partir de levantamento bibliográfico sobre recomendações para o acompanhamento desses pacientes pela Atenção Básica, em especial a Saúde da Família. Os estudos encontrados que abordam o Diabetes Mellitus na Atenção Básica destacam a necessidade de um controle metabólico rigoroso em conjunto com medidas relativamente simples e eficaz para prevenir complicações crônicas do Diabetes Mellitus, ou retardá-las. A qualidade da atenção deve ser mensurada pela melhor integração dos serviços, estreitando a comunicação entre os setores, com garantia da integralidade da assistência a saúde desses usuários. As Equipes de Saúde da Família possuem um papel importante no controle das doenças crônicas. Finalizando, foi possível verificar que no caso do Diabetes Mellitus, o controle e a prevenção de suas complicações torna-se um desafio para profissionais e usuários, levando em consideração a mudança de hábitos e estilo de vida do portador do Diabetes. Foi elaborado um fluxograma de atendimento das Equipes de Saúde da Família aos pacientes diabéticos.

**Descritores:** Diabetes. Atenção Básica. Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

This paper describes guidelines for the monitoring of diabetic patients in the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Quissamã / RJ. Interest in this subject arose due to the high number of admissions for complications of diabetes mellitus in the city, leading to reflection on the process of monitoring of diabetic patients carried out by ESF. In my practice as a supervisor of family health teams, I have noticed a gap in monitoring that user. This study aimed to identify literature on the main actions that should be present in the diabetic care, the Family Health Strategy and to propose guidelines for monitoring user diabetic by the Family Health Strategy. A narrative review from the literature on recommendations for monitoring such patients for primary care, particularly the Family Health, was carried out. The studies found that address the Diabetes Mellitus in Primary Care highlighted the need for a strict metabolic control in conjunction with relatively simple and effective measures to prevent chronic complications of diabetes mellitus, or delay them. The quality of care should be measured by better integration of services, enhancing the communication between the sectors, with assurance of comprehensive health care for those users. The Family Health Teams have an important role in controlling chronic diseases. Finishing was possible see that in case of Diabetes Mellitus, control and prevention of its complications becomes a challenge for professionals and users, taking into account the changing habits and lifestyle of the bearer of Diabetes. A flowchart of assistance of Family Health Teams to diabetic patients was prepared.

**Descriptors:** Diabetes. Primary Care. Family Health.

## **SUMÁRIO**

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 O Território	09
1.2 Unidade Básica de Saúde da Família do Mathias	10
2 OBJETIVOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
4.1 A Estratégia Saúde da Família	14
4.2 O Diabetes Mellitus	15
5 RESULTADOS	17
6 PROPOSTA DE DIRETRIZ PARA O ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO DIABÉTICO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
8 REFERÊNCIAS	26





## 1. INTRODUÇÃO

Como Supervisora da Estratégia de Saúde da Família do município de Quissamã, tenho como uma das atribuições, a análise de indicadores de saúde produzidos pelas Equipes, dando um *feedback* com observações e sugestões discutidas em reunião de equipe, com isso tenho observado um número crescente de hospitalizações por complicações do diabetes, o que me levou a escolha desse tema para realização do trabalho, sabendo que internação por complicações do Diabetes Mellitus está incluída em internações sensíveis à atenção primária, tive a preocupação de analisar o acompanhamento das equipes de saúde da família a esses usuários do sistema de saúde.

De acordo com Alfradique *et al.* (2009), as internações por condições sensíveis a Atenção primária levam ao questionamento sobre limitações de acesso à serviços de saúde, em especial a Atenção Primária, em se falando de doenças crônicas e suas complicações. Podendo também apontar uma falta de manejo adequado para a prevenção de evolução da doença levando o paciente a hospitalização, sendo assim, a Atenção Primária a Saúde tem um papel importante na redução de tais internações por complicações agudas da doença, incluindo as readmissões e o tempo da hospitalização desse paciente.

A escolha pelo curso de especialização em atenção básica em saúde da família se deu pela vontade em aperfeiçoar os conhecimentos e compartilhá-los com as nove equipes de saúde da família as quais supervisiono, utilizando como instrumento de trabalho a educação permanente em saúde com ênfase na discussão e transformação do processo de trabalho.

O controle do Diabetes Mellitus, entre outras doenças, está incluído nas áreas estratégicas de atuação da atenção primária a saúde, que atua com a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O usuário desse sistema de saúde é visto em sua singularidade, complexidade e integralidade, considerando o território em que está inserido e sua cultura. (BRASIL, 2006b). Sendo a saúde da família uma

estratégia de atuação na atenção primária, possui um papel importante no controle do Diabetes Mellitus. De acordo com o Ministério da Saúde

A Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. (BRASIL, 2006<sup>a</sup>, p11.).

O Diabetes Mellitus é uma doença considerada como um grande problema de saúde pública em todo o mundo, uma vez que é frequente e está associada a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e das suas complicações, sendo um desafio para os sistemas de saúde mundiais. Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que no Brasil, neste ano de 2010, devemos alcançar cerca de dez milhões de portadores da doença.

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são quatro milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9 % da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. (BRASIL, 2006a).

Segundo o Ministério da Saúde (2006a), cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é de responsabilidade da equipe de atenção básica.

A justificativa da escolha deste tema surgiu com o propósito de refletir sobre o acompanhamento de usuários diabéticos pela Estratégia de Saúde da Família, onde

pude observar em minha prática como supervisora das equipes de saúde da família, uma descontinuidade no acompanhamento desse usuário, a não existência de um protocolo municipal para padronizar o atendimento e a garantia de uma melhor resolutividade da assistência prestada.

## **1.1 O TERRITÓRIO**

Quissamã é um município com 724.2 km<sup>2</sup> de território, banhado pelo Oceano Atlântico ao longo de aproximadamente 45,00 km de extensão de costa. Pertence à Microrregião de Macaé e à Região Norte Fluminense. O território municipal faz divisa ao norte com Campos dos Goytacazes, ao sul com o Oceano Atlântico, a noroeste com Conceição de Macabu e a leste com Carapebus. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUISSAMÃ, 2007).

A diversificação econômica é a característica principal de Quissamã. Historicamente, o município tem raízes na agropecuária, com base na produção de cana-de-açúcar, bons resultados no plantio do abacaxi e do coco, além do estímulo à pecuária. Localizado na Bacia de Campos, o município recebe royalties pela exploração de petróleo na região. Valorizando o desenvolvimento sustentável, este recurso é utilizado tanto para o benefício da infraestrutura da cidade, quanto para elevação da qualidade de vida da população. (PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ, 2009)

A geração de emprego e renda está intimamente ligada ao desenvolvimento sócio-econômico de Quissamã. Neste curso, surgem estruturas como a envasadora de água de coco; a Zona Especial de Negócios, com atração de empresas de outros municípios; o desenvolvimento de fábricas de confecção; e um dos maiores impulsos econômicos da região - o estaleiro que fará parte do Complexo Logístico e Industrial de Barra do Furado, capaz de gerar 1.200 empregos diretos, sem prejudicar o valor da pesca - principal atividade econômica da localidade. Outro potencial econômico do município é o turismo. A liberação do 4º encarte do plano de manejo abre espaço para a pesquisa e visitação, de forma coordenada, no Parque Nacional da Restinga de Jurubatiba - a maior unidade natural totalmente de restinga do país. Além disso, a atividade turística pode ser de caráter cultural, graças

à existência do rico patrimônio histórico, com casarões centenários. (PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ, 2009).

A rede municipal de saúde em Quissamã, possui como porta de entrada para o SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com 100 % de sua população coberta, com 9 equipes completas: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, as nove equipes possuem dentista com técnico de higiene dental, entre outros profissionais como, recepcionista, assistente administrativo, motorista e auxiliar de serviços gerais, contam ainda com 1 nutricionista para cada 2 equipes e 1 assistente social, 1 supervisora, e um pediatra realizando atendimento de pediatria em 4 equipes.

A atenção secundária é composta pelo Centro de saúde, com 21 especialidades, incluindo ginecologia com patologia cervical, um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); um Ambulatório de Saúde Mental e o Hospital Municipal. (SEMSA, 2007a).

## **1.2 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MATHIAS**

A Unidade Básica de Saúde do Mathias possui em seu cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), **956** famílias, com **3.320** pessoas divididas em seis microáreas, é composta por uma equipe completa com uma nutricionista (uma vez por semana), e uma equipe de saúde bucal. Abrange três bairros do município: Mathias, Canto da Saudade e Sítio Quissamã. É uma unidade construída para o seu papel, com boa estrutura física, recepção, sala de pré-consulta, sala de curativo, farmácia, sala de vacina, sala de reunião, consultório odontológico, sala de esterilização, cozinha, banheiro para funcionários e dois para usuários, consultório de enfermagem e consultório médico, possui ainda uma ampla área externa. Não apresenta dificuldades em relação a sua estrutura, possui espaço adequado para a realização de suas atividades. Mesmo com tantos recursos, existe uma dificuldade de formação de vínculo da equipe com a comunidade, o que acarreta na diminuição da participação da comunidade nas atividades realizadas pela equipe, e conseqüentemente, na diminuição do acompanhamento de usuários considerados especiais como hipertensos e diabéticos. A maioria dos funcionários foi contratada

sem o curso introdutório, resultando na dificuldade da equipe entender e praticar a estratégia de saúde da família, o acolhimento e até mesmo os princípios do SUS.

Observa-se uma deficiência no acompanhamento de usuários considerados crônicos, o que pode estar influenciando no aumento de hospitalizações por complicações do diabetes e número de amputações de pé diabético. No ano de 2008, obtivemos uma média do município de 39,4/10.000 hospitalizações por complicações do diabetes (AIH-municipal), o que consideramos alta em comparação com a média do Estado do Rio de Janeiro que é de 13,8/10.000. E para o ano de 2009, foi pactuado 30/10.000 hospitalizações por complicação do diabetes (SISPACTO, 2009).

## **2 OBJETIVOS**

Identificar na literatura nacional as principais ações que devem estar presentes na atenção ao diabético, na Estratégia Saúde da Família.

Propor diretrizes para o acompanhamento do usuário diabético pela Estratégia Saúde da Família

### 3 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico, utilizando da revisão narrativa como orientadora, que segundo Cordeiro, *et al.* (2007), apresenta uma temática mais aberta, ela não parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente.

Foram selecionados e analisados os textos referentes ao tema. Os textos foram teses, artigos científicos, Manuais da Sociedade Brasileira de Diabetes, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, entre outros. Pesquisas em sites específicos, como o departamento de atenção básica e a biblioteca virtual em saúde e bibliotecas de referência. Para a busca de artigos na Biblioteca Virtual da Saúde foram utilizados os seguintes descritores: Diabetes; Atenção Básica; Saúde da Família.

## 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 4.1 A Estratégia Saúde da Família

Nos últimos anos, a saúde coletiva no Brasil veio passando por período de transformação de modelo de saúde que já apontava para uma necessidade de revitalização. Tal processo partiu da reforma sanitária da década de 1980, deu bases para o Sistema Único de Saúde (SUS) de hoje e, já na década de 1990, apontou a Estratégia Saúde da Família como um dos caminhos para a reorganização do modelo assistencial no país. Hoje, esta estratégia mostra-se como a vertente mais sólida da proposta de um modelo plural em edificação, que traz meios efetivos de praticar promoção da saúde. (ARCHANJO, *et al.*, 2007)

A Estratégia Saúde da Família foi pensada após a implantação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) que ocorreu no Brasil, em junho de 1991. Em Janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

A Saúde da família é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias, localizadas em uma área delimitada. As equipes atuam na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. O objetivo maior é a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade (FARIA, *et al.* 2008).

Cada equipe de Saúde da Família deve responsabilizar-se pela saúde de três a quatro mil pessoas, e ao mesmo tempo, destacar de dentro desta população adscrita os casos que necessitam de atenção individual, encarregando-se do seu atendimento eventual ou sistemático. Não é fácil estabelecer critérios práticos para



esta seleção, mas uma abordagem clínica de qualidade somente será possível se conseguir avaliar riscos e a concentrar atenção em famílias e pessoas com maior vulnerabilidade (CAMPOS, 2003).

## 4. 2 O Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia crônica, com distúrbios no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas. É classificada em:

- Diabetes tipo 1 ou insulino-dependente: doença crônica, predominantemente autoimune, com destruição da célula beta, ocasionando a deficiência absoluta de insulina, possui forte determinante genético e longo período prodromico, pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém é mais comum em crianças e adolescentes.
- Diabetes tipo 2 ou não insulino-dependente: doença caracterizada por uma deficiência relativa da insulina, a maioria dos casos apresenta um excesso de peso e depósito de gordura centralizado no organismo. Ocorre uma resistência da ação da insulina e defeito na sua secreção.
- Diabetes gestacional: uma hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, na maioria dos casos se resolvendo no período pós parto, ou retornando anos depois.
- Existem outros tipos de diabetes que são menos freqüentes, que resultam da disfunção das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, entre outras. O Diabetes acomete cerca de 7% da população adulta entre 30 e 69 anos e alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico. (GROSS, *et al.* 2002).

O diagnóstico correto e precoce do Diabetes Mellitus e da intolerância à glicose permite a adoção de medidas terapêuticas que evitem o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardem as complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes.

Alguns fatores de risco indicam o rastreamento da diabetes (BRASIL; 2006):

- Idade > 45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL  $\leq$  35 mg/dL e/ou triglicérides  $\geq$  150 mg/dL.
- História de macrossomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Ainda segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), os principais sintomas da Diabetes são a poliúria, a polidipsia, a polifagia e a perda involuntária de peso, os chamados “4 Ps”. Outros sintomas podem auxiliar no diagnóstico da diabetes, como a fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Mais tardiamente o diagnóstico pode ser feito pelas complicações crônicas, como a neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

Os exames laboratoriais imediatos surgem para avaliação do controle glicêmico e inclui a glicemia de jejum, que deve ser realizada com jejum num período de 8 a 12 horas, o teste de tolerância a glicose, onde o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose em jejum e a glicemia é medida antes e 120 minutos da ingestão da glicose, e a glicemia casual, que é verificada sem o jejum.

## 5 RESULTADOS

Um controle metabólico rigoroso em conjunto com medidas relativamente simples, é capaz de prevenir complicações crônicas do Diabetes Mellitus, ou retardá-las, resultando em melhor qualidade de vida para o indivíduo diabético. O seu controle envolve medidas de modificação do estilo de vida do indivíduo. O manejo do Diabetes Mellitus deve ser feito a partir de um sistema de saúde hierarquizado, tendo com base a atenção primária à saúde.

O exercício físico e uma dieta direcionada estão como medidas necessárias para o controle da glicemia, paralelamente ao tratamento medicamentoso. Porém, a literatura enfatiza a dificuldade de adesão a tratamentos que exigem uma mudança de hábitos de vida. Entende-se que quanto mais vínculo este usuário tem com sua equipe de saúde, mais protegido este estará de possíveis complicações (GREGERMAN, 1995). Neste caso podemos destacar a realização da visita domiciliar pelos integrantes das equipes de saúde da família, em particular o Agente Comunitário de Saúde, enfocando a adesão ao tratamento.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como atribuições o favorecimento da relação paciente-equipe, com uma participação ativa deste usuário, o ajudando a seguir as recomendações em relação a dieta, a atividade física regular, o uso correto das medicações entre outras mudanças de estilo de vida, (BRASIL,2006a).

Existem autores identificando que o maior contato com serviços de saúde tem um efeito protetor sobre a saúde, estando relacionado a uma probabilidade menor de morrer por diabetes. (ARAÚJO, *et al.* 1999).

O Ministério da Saúde define para a atenção básica, a consulta médica e de enfermagem, com realização do plano individualizado de cuidados para cada paciente, (BRASIL, 2006b). Cabe ao enfermeiro realizar a consulta de enfermagem nos indivíduos com maior risco para os diabetes detectados pelos Agentes Comunitários; definir a presença do risco e encaminhar ao médico da unidade para o rastreamento com a glicemia de jejum quando necessário. A consulta de

enfermagem específica para o usuário diabético deve abordar os fatores de risco, estratificando o risco cardiovascular, orientações para mudança de estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando a adesão e possíveis intercorrências ao tratamento e encaminhar o usuário ao médico, quando necessário.

As Equipes de Saúde da Família devem cadastrar e vincular todos os casos confirmados de diabetes, para que haja o acompanhamento sistemático, clínico e laboratorial, encaminhando os casos que necessitem de um atendimento especializado para os demais níveis de atenção, podendo estar dentro do território ou em outros municípios, de acordo com negociação feita na Programação Pactuada e Integrada (PPI). Esse cadastro possibilitará ao gestor federal, estadual ou municipal o planejamento para o atendimento desse público.

Em relação à quantidade de consultas de enfermagem, foi encontrado na literatura, uma recomendação de seis consultas paciente/ano, sendo incluído o exame de avaliação dos pés e orientações quanto a hábitos alimentares, hábitos de vida, uso das medicações e realização de Educação em Saúde (BRASIL, 2006b).

São recomendadas quatro consultas médicas por paciente diabético a cada ano na atenção básica, e está inclusa nessas consultas a realização da confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis comorbidades, visando à estratificação do risco cardiovascular do portador de diabetes, solicitação de exames complementares, quando necessário, orientação sobre mudanças no estilo de vida, prescrição de tratamento não medicamentoso e tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006b).

Devem ser encaminhados para unidade de referência secundária, pelo médico da equipe de saúde da família todos os pacientes com diabetes para rastreamento de complicações crônicas, se não puder ser realizado na unidade básica; pacientes portadores de diabetes com dificuldade de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local; casos de diabetes gestacional,

gestantes com diabetes e os que necessitam de consulta especializada tais como: cardiologia, oftalmologia, etc (BRASIL, 2006a).

Estes encaminhamentos precisam estar bem planejados, organizados e controlados pela equipe de saúde da família que referenciou, para que se evite a perda desse usuário dentro do sistema. De acordo com as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada de Assistência a Saúde, 2006, a relação dos serviços de atenção básica com os demais níveis de atenção deve ser claramente definida, assim como:

A centralidade dos serviços de atenção básica implica no reconhecimento de seu papel protagônico na organização do sistema de atenção à saúde, o que condiciona à atribuição e organização de mecanismos organizacionais e materiais para que possam garantir a longitudinalidade do cuidado. Integrar o atendimento de urgência e emergência aos demais segmentos da rede assistencial é fundamental para a captação da demanda que não está vinculada às equipes de saúde, de forma a realizar seu acompanhamento sistemático (BRASIL, 2006b,p.2).

Imagina-se então que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) define os percursos dos usuários no sistema, devendo caminhar junto ao processo de construção da regionalização, incluindo as regiões interestaduais.

A Educação em Saúde está inclusa em todas as ações de atenção ao paciente diabético, tanto em consultas, como na realização de grupos educativos, a PPI recomenda seis atividades educativas para cada paciente diabético por ano, com quinze participantes em cada reunião. Recomenda-se nessas reuniões, a realização do exame de glicemia capilar nos participantes. Este usuário precisa estar bem instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento, a participação ativa do indivíduo é uma das soluções eficazes no controle das doenças e na prevenção de suas complicações (PAIVA, *et al.*, 2006).

Todos integrantes da equipe de saúde devem estar aptos para a realização de atividades de educação em saúde, o que implica em educação permanente em saúde ativa e constante, entre os integrantes e os usuários, favorecendo a aproximação e conseqüentemente a construção do vínculo, o que irá favorecer a adesão aos tratamentos. A promoção de educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde estimula e qualifica o cuidado (BRASIL, 2006a).

Vale ressaltar que tais recomendações descritas na Programação Pactuada e Integrada (PPI), constituem-se referências para orientar os gestores do SUS, dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras.

Com base nas informações encontradas nesta revisão, é de fato que a Unidade Básica de Saúde da Família do Mathias precisa de uma reformulação no seu processo de trabalho, iniciando com o cadastramento de 100% dos seus usuários diabéticos, possibilitando o conhecimento do perfil desses usuários. Através deste cadastramento, realizar a classificação de risco de cada um deles, para que seja agendada as suas consultas de acordo com a classificação do risco.

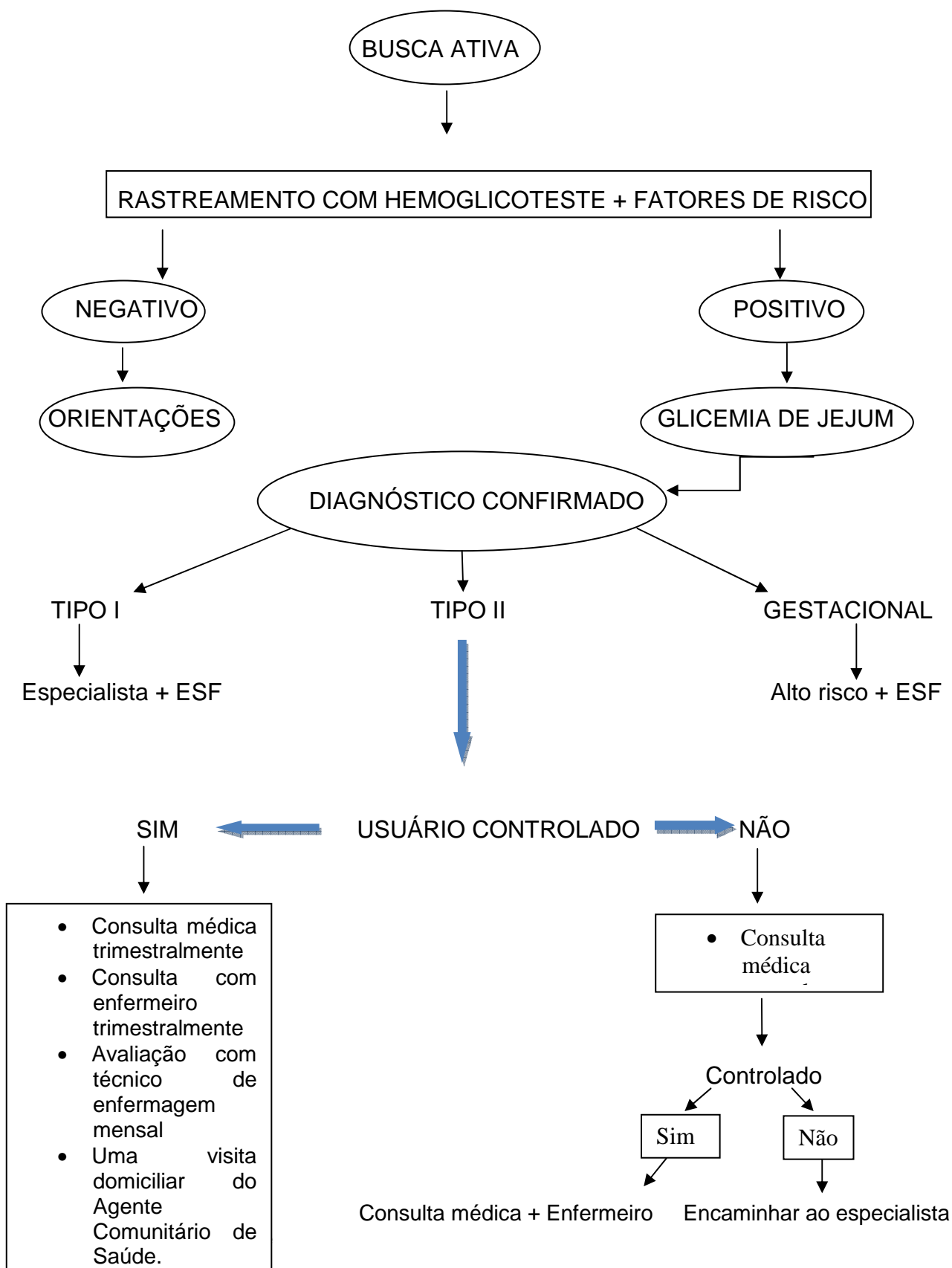
A construção de um protocolo baseado nesse acompanhamento é muito necessária para a organização do processo de trabalho. Tanto o protocolo clínico, quanto o protocolo de organização dos serviços. De acordo com FARIA *et al.* (2008), os protocolos são considerados importantes estratégias para o enfrentamento de diversos problemas de saúde e são importantes instrumentos auxiliares nos processos de organização dos serviços e na padronização da atenção.

A garantia dos fluxos assistenciais, facilitando a referência e contra-referência, deve estar incluída no protocolo. Stein (2005) afirma que a qualidade da atenção deve ser mensurada pela melhor integração dos serviços, sendo assim, a necessidade de estreitar a comunicação entre os setores do serviço de saúde do município de Quissamã, para que haja a garantia da integralidade da assistência a saúde desses usuários.

## **6 PROPOSTA DE DIRETRIZ PARA O ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO DIABÉTICO**

- Realizar busca ativa em todo território definido;
- Rastrear todos os pacientes, priorizando os que apresentam os fatores de risco com a realização da glicemia de jejum;
- Fazer o cadastro de todos os casos confirmados no programa do HIPERDIA e na Unidade de Saúde, o que possibilitará o planejamento das ações;
- Agendar os pacientes cadastrados para consulta de enfermagem, considerando as seis consultas paciente/ano;
- Na consulta de enfermagem, avaliar fatores de risco, mudança de estilo de vida, ressaltar o tratamento não medicamentoso, fazer avaliação dos pés e encaminhar para consulta médica;
- Agendar os pacientes cadastrados para a consulta médica, considerando as quatro consultas pacientes/ano;
- Na consulta médica, realizar a confirmação do diagnóstico, avaliar fatores de risco, como morbidade, risco cardiovascular, solicitação de exames complementares, mudança no estilo de vida e tomar decisão terapêutica junto ao paciente;
- Realizar encaminhamentos/compartilhamentos com demais níveis de atenção quando necessário, assegurando o retorno desse paciente à unidade de saúde de origem;
- Realizar atividades de educação em saúde, incluída no plano de cuidados, considerando os seis encontros para cada paciente/ano;
- Todos os pacientes precisam ter o seu plano de cuidados individual e coletivo, enfatizando a participação ativa do usuário e da equipe multiprofissional.

## 6.1 FLUXOGRAMA RECOMENDADO PARA A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MATHIAS





O acompanhamento iniciará pela busca ativa do usuário onde será encaminhado à Unidade de Saúde para a realização do rastreamento com o exame de glicemia capilar e identificação de fatores de risco, em caso de negativo para o Diabetes Mellitus, o usuário receberá orientações em relação a sua saúde, em caso de positivo, este usuário será encaminhado para a realização da glicemia de jejum, que poderá identificar o diagnóstico e classificá-lo em Diabetes tipo I, tipo II e Diabetes Gestacional, em caso de Diabetes do tipo I, o usuário deverá ser encaminhado ao especialista de referência e ser acompanhado por sua equipe de saúde da família, em caso de Diabetes Gestacional, a gestante deverá ser encaminhada ao pré natal de alto risco e ser acompanhada por sua equipe de saúde da família.

No caso de o usuário ser portador do Diabetes Tipo II este deverá ser acompanhado pela equipe de saúde da família, que identificará se o usuário está com os níveis glicêmicos controlados, em caso de sim, este deverá passar pela consulta médica trimestralmente, intercalando com a consulta de enfermagem, avaliação mensal com o técnico de enfermagem e uma visita mensal pelo Agente Comunitário de Saúde. Se o usuário não estiver com os níveis glicêmicos controlados, este será encaminhado para consulta com o médico da equipe de saúde da família, caso não seja controlado, o médico deverá encaminhá-lo ao especialista de referência.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde da família possui um papel importante no controle das doenças crônicas. No caso da Diabetes Mellitus, o controle e a prevenção de suas complicações torna-se um desafio para as Equipes de Saúde da Família, levando em consideração a mudança de hábitos e estilos de vida para o usuário portador da Diabetes. A dinâmica proposta pela Estratégia de Saúde da Família, voltada para promover qualidade de vida e intervir nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação precisa e o melhor acompanhamento desses indivíduos. A minha prática profissional mostrou que falhas na comunicação entre os níveis de assistência a saúde, dificulta diretamente a garantia do acompanhamento deste usuário, portanto, é necessária uma boa articulação com outros níveis do sistema de saúde, uma comunicação eficaz e organização do processo de trabalho, e a participação ativa do usuário na tomada de decisões, garantindo a integralidade da assistência.

A organização dessa assistência, tendo como a Atenção Básica sua principal porta de entrada, viabiliza a estruturação das demais áreas, determinando os fluxos para o itinerário do usuário. Esta organização se baseia na criação, implementação e avaliação de instrumentos e protocolos padronizados para o atendimento ao diabético, e o uso da Educação Permanente em Saúde como ferramenta para qualificar a atenção pelos profissionais de toda rede de saúde.

O município de Quissamã e a unidade de Saúde da Família do Mathias possui recursos que possam garantir a assistência ao usuário diabético, necessita portanto de uma melhor articulação entre os níveis e uma organização do seu processo de trabalho, com criação de fluxos e linhas de cuidado para essa clientela, envolvendo todos no processo de construção.

O modelo proposto para a Unidade Básica de Saúde da Família do Mathias baseia-se na realização do treinamento através da Educação Permanente, elaboração de protocolo de atendimento ao usuário diabético, pautado nas recomendações

adscritas acima, com a Atenção Básica sendo preferencialmente a porta de entrada desta clientela, a realização do cadastramento de 100% dos portadores de diabetes, a classificação de risco de cada usuário para que se estabeleça a necessidade de atendimento individual e coletivo, organizando os fluxos estabelecidos, tendo um controle rigoroso da referência e contra-referência.

## 8 REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP – Brasil) Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

ARAÚJO, R. B; SANTOS, I dos; CAVALETI, M. A; COSTA, J. S. D; BÉRIA, J. U. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev Saúde Pública** 1999.

ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. **Saúde da Família na Atenção Primária**. Curitiba: Ibpex, 2007.

ASSUNÇÃO, M. C.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção Primária em diabetes no sul do país: Estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública** 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Secretaria de Políticas Públicas**. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus Brazilian National Strategy for the Reorganization of Care for Arterial Hipertension and Diabetes Mellitus. Revista Saúde Pública. Editora USP. São Paulo: 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica. Diabetes Mellitus**. 2006a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde, vol. 4 – 2006b.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. Brasília, 2006. 148p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009. 96p. il.

CORDEIRO, A. M; OLIVEIRA, M. G; RENTERIA, M, J; GUIMARÃES, C. A. **Revisão sistemática: Uma revisão narrativa** Comunicação científica 429p.: Vol. 34 - Nº 6, Nov. / Dez. 2007 .

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

FONTINELE JUNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família comentado**. Goiânia: AB, 2008.

GREGERMAN, Robert I. **Diabetes Mellitus**. In: BARKER, L. Randol; BURTON, John R. 2001.

GROSS, J. L. et al. Diabetes Mellitus: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq. Bras Endocrinol Metab** v.l 46, nº 2002.

PAIVA D.C.P.; BERSUSA A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):377-385, fev, 2006.

PINHEIRO, R.; JUNIOR, A. G. S.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMA, Disponível em: [HTTP://www.quissama.rj.gov.br/index.php/2009/05/06/municipio-historia-quissama](http://www.quissama.rj.gov.br/index.php/2009/05/06/municipio-historia-quissama). História de Quissamã. Acessado em: 08 jul 2009

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, Disponível em: <http://portal.saude.rj.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cgi/rmqui98.def>. Morbidade Hospitalar do SUS – Quissamã. Acessado em: 10 jun 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes para tratamento e Acompanhamento da Diabetes Mellitus**. 2007.

STEIN, A. T. Busca da melhor evidência e de efetividade no GHC. Momento & Perspec tiva Saúde. Revista Técnico-Científca do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.72-73, jul./dez. 2005.

ZIEVE, Philip D. **Principles of Ambulatory Medicine**. 4th ed.São Paulo: Hucitec, 1995. P. 977-1019.