

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NESCON
PÓS-GRADUACAO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

MARIA APARECIDA DA SILVA BADRA

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO PARA
ATENDIMENTO AOS INDIVÍDUOS DM2 EM USO DE INSULINA DO
CENTRO DE SAÚDE TÚNEL DE IBIRITÉ PARA PREVENÇÃO DO PÉ
DIABÉTICO**

**BELO HORIZONTE
2012**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NESCON
PÓS-GRADUACAO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO PARA
ATENDIMENTO AOS INDIVÍDUOS DM2 EM USO DE INSULINA DO
CENTRO DE SAÚDE TÚNEL DE IBIRITÉ PARA PREVENÇÃO DO PÉ
DIABÉTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso Especialização
Saúde da Família e Comunidade da
Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do título de Especialista,
sob a orientação da professora Dra.
Salete Maria de Fátima Silqueira.

BELO HORIZONTE
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NESCON
PÓS-GRADUACAO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

MARIA APARECIDA DA SILVA BADRA

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO PARA
ATENDIMENTO AOS INDIVÍDUOS DM2 EM USO DE INSULINA DO
CENTRO DE SAÚDE TÚNEL DE IBIRITÉ PARA PREVENÇÃO DO PÉ
DIABÉTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Especialização Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Especialista, sob a orientação da professora Dra. Salete Maria de Fátima Silqueira.

Banca Examinadora

Prof.^a Salete Maria de Fátima Siqueira

Prof. José Otavio Penido Fonseca

Aprovado em Belo Horizonte: 03/03/2012

“Tu me dizes, eu esqueço. Tu me ensinas, eu lembro. Tu me envolves, eu aprendo.”

Benjamin Franklin

Dedico este trabalho à minha família, meu esposo, meu filho Jorginho e minha filha Letícia, meus alicerces e benção de DEUS.

AGRADECIMENTO

Agradeço à toda equipe do Centro de Saúde Túnel de Ibirité pela parceria, que faz toda a diferença;

a todos que colaboraram no processo do aprender, que é contínuo e inesgotável, pois obtive o privilégio de contar com amizade de pessoas que acreditam na atenção primária e demonstram não com discursos, mas com atitudes, a vocês meu carinho; ressalto os nomes de Elza Santiago Erichsen e Maria Carmen de Carvalho Melo, profissionais da rede SUS, que oportunizaram momentos de aprendizagem e trocas de idéias, obrigada pela confiança e disposição e acima de tudo compromisso profissional;

à Renata Freitas Maletta, que pode me ouvir e partilhar dos conhecimentos;

Enfim, agradeço a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram e contribuem para meu crescimento pessoal e profissional. E acima de tudo agradeço a DEUS pela vida.

RESUMO

O presente trabalho partiu das observações levantadas, inicialmente em 2009, após execução de consultas de enfermagem em atendimentos individuais aos usuários portadores de *diabetes mellitus tipo 2* encaminhados para avaliação, quando das queixas em MMII, pela equipes de saúde da família do Centro de Saúde Túnel de Ibirité, e também através de observações e levantamentos dos motivos de procura ao setor onde eram executados os curativos de origem não traumáticas. Observou-se que apesar de serem passadas informações, visando a prevenção de agravos ao pé diabético, e existência de protocolos para atendimento, o alcance dessas não tinham repercussões desejadas no dia a dia da clientela descrita. Com esse trabalho resgata-se aspectos conceituais básicos sobre doenças crônicas não transmissíveis, enfocando o diabetes mellitus tipo 2, especificamente os utilizadores de insulina propondo intervenções que visem reorganizar o serviço com: educação em serviço para os profissionais da unidade Básica de Saúde, classificação do pé diabético, utilização do Monofilamento de Semmes-Weinstein (estesiometria), na consulta de enfermagem, com suas cores padrão, propondo ainda acompanhamento e monitoramento dos mesmos, definindo o alvo das ações, para que seja posteriormente criado o grupo operativo para estímulo ao manejo do autocuidado. O plano de ação envolve todos os integrantes da equipe saúde da família e segue as recomendações do Protocolo de *Diabetes Mellitus* e Atendimento em Angiologia e Cirurgia da Belo Horizonte editado em junho de 2010, onde ressalta a importância da educação do paciente para prevenção das complicações do pé diabético e de plano de cuidados de acordo com achados clínicos de risco dos pacientes.

ABSTRACT

This work went to the comments raised, initially in 2009, after running queries of nursing in individual consultations to people with diabetes mellitus type 2 forwarded for evaluation, when complaints in LL, by family health teams Health Centre Tunel Ibirité, and also through observations and surveys of industry demand reasons where they were executed the dressings of non traumatic origin. It was noted that despite being passed information, aiming at preventing grievances to the diabetic foot, and the existence of protocols to support, the scope of these had the desired impact on day to day due diligence described. With this work recuperated basic conceptual aspects on chronic non-communicable diseases, focusing on diabetes mellitus type 2, specifically insulin users proposing interventions aimed at reorganizing the service: service in education for professionals in the basic health unit, classification of diabetic foot, use of Monofilament Semmes-Weinstein (estesiometria), in nursing consultation, with its default colors, even proposing, monitoring and follow-up by setting the target of the actions, to be subsequently created the operative Group for stimulus stewardship self-care. The action plan involves all members of the family health team and follows the recommendations of the Protocol of Diabetes Mellitus and attendance in Angiology and surgery of Belo Horizonte edited in June 2010, where underscores the importance of patient education for prevention of diabetic foot complications and care plan according to risk clinical findings of patients.

ABREVIATURAS

Associação Americana de Diabetes – ADA

Diabetes Mellitus - DM

Diabetes Mellitus tipo 1 – DM1

Diabetes Mellitus tipo 2 – DM2

Doença arterial periférica - DAP

Doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs

Gerência Epidemiologia e Informação - GEREPI

Hipoglicemiantes orais – HO

Membros inferiores – MMII

Neuropatia diabética – ND

Organização Mundial da Saúde – OMS

Prevenção do pé diabético - PREPEDI

Secretaria Municipal de Saúde – SMSA

Sistema de Informação em Saúde em Rede - SISREDE

Unidade Básica de Saúde – UBS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa.....	12
1.2 Objetivos.....	13
1.2.1 Objetivo geral.....	13
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
1.3 Metodologia.....	14
2. ASPECTOS CONCEITUAIS BÁSICOS	15
2.1 Doenças Crônicas Não transmissíveis.....	15
2.2 Diabetes Mellitus.....	16
2.3 Pé Diabético.....	17
2.4 Consulta de enfermagem.....	18
2.5 Teste Monofilamento de Semmes-Weinstein.....	19
2.6 Grupo Operativo.....	20
2.7 Trabalho em equipe.....	21
3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
3.1 Cenário.....	23
3.2 Considerações básicas.....	23
3.3 Proposta de Intervenção.....	25
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) são as morbidades mais presentes nos países industrializados e aumentam nos países em desenvolvimento, uma vez que se diferenciam no estilo de vida da população. Dentre este conjunto de doenças está o diabetes *mellitus* (DM), que não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

O *diabetes mellitus* representa hoje uma epidemia mundial. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que existam 12,5 milhões de diabéticos – muitos ainda sem diagnósticos. A doença pode começar a afetar o organismo dez anos antes de o paciente constatar os sintomas. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência do diabetes *mellitus* (BRASIL, 2010).

A doença gera grande impacto econômico para os sistemas de saúde e a sociedade devido ao tratamento e as complicações desencadeadas pelo diabetes, destaca-se ainda, a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. Complicações essas que podem ser evitadas ou minoradas com o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e adequado e educação para o autocuidado (BRASIL, 2010).

No *diabetes mellitus*, as alterações anatomopatológicas são numerosas e podem acometer o corpo como um todo. Essas alterações ocorrem principalmente no período avançado da moléstia. No que refere aos membros inferiores (MMII) são mais freqüentes na região de transição da perna ao tornozelo e no pé propriamente dito. A neuropatia diabética e suas alterações da sensibilidade dos pés têm sido as maiores responsáveis pelo aparecimento das lesões, que normalmente são de difícil tratamento e de prognóstico reservado. Normalmente, o diabético só percebe a lesão quando esta se encontra em estágio avançado e quase sempre apresenta uma infecção secundária, o que torna o tratamento extremamente difícil, devido à insuficiência circulatória (CZEPIELEWSKI, 2008).

1.1 Justificativa

O DM é uma doença metabólica caracterizada pela deficiência de insulina e hiperglicemia crônica, associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, afetando olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006).

O pé diabético representa uma importante complicação crônica do diabetes *mellitus* (DM) diante do impacto social e econômico observado em todo o mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Focalizando esses aspectos, em processo de trabalho, iniciado em 2009, na equipe 3 do Centro de Saúde Túnel de Ibité, denominado equipe azul, observou-se em consulta de enfermagem, que as queixas relacionadas aos membros inferiores (MMII), tinham relatos de queimação e/ou parestesias, e que o nível de auto cuidado com os pés eram mínimos, bem como o alcance das informações até então executadas pelos profissionais da UBS, não haviam atingido o impacto necessário para mudanças de hábitos.

Ressalta-se ainda que, da realização do diagnóstico situacional realizado no curso de especialização estratégia saúde da família, promovida pela UFMG/Nescon, comprovou-se que dentro dos motivos de internações passíveis de prevenir, as complicações relacionadas ao diabetes apareceram como o maior número de casos.

A necessidade da criação de um projeto de intervenção, surgiram após análises das informações colhidas e repassadas em reuniões internas com as outras equipes, pelas avaliações já realizadas e também através de observações da procura de atendimento para abordagem curativo, onde as lesões e/ou queixas decorrentes das complicações do pé diabético ocupavam e ainda ocupam um lugar de destaque. Percebeu-se também, que no processo de trabalho, o envolvimento das ações não eram de forma padronizadas entre todos os integrantes das ESFs e que a utilização de novas ferramentas para avaliação e monitoramento seria viável, tendo em vista que apenas os dados alimentados no sistema de informação em rede (GESTÃO), não possibilitava a real situação da clientela e oferecia poucos subsídios para o acompanhamento sistematizado.

Portanto, visualizou-se a importância de intervenções oportunas, conhecimento e envolvimento do indivíduo perante a doença, onde o papel do serviço de saúde torna-se fundamental no fornecimento de subsídios visando as

ações de prevenção e promoção de saúde, devendo ser de forma organizada para que haja envolvimento e participação de todos, de forma que obtenha melhora no êxito das ações.

Um dos grandes desafios para o diagnóstico precoce de indivíduos diabéticos em risco de ulceração e a inadequada ou a não-realização de um simples exame dos pés. Relatos mostram que 14% dos pacientes admitidos em hospitais receberam cuidados prévios e 10%-19% com diagnóstico de DM tem seus pés examinados após a remoção de meias e sapatos). Por outro lado, esta bem estabelecida que 85% dos problemas decorrentes do pé diabético são passíveis de prevenção a partir de cuidados especializados. Dessa forma, recomendações para prevenção e intervenção adequadas incluem o reconhecimento dos fatores de risco como neuropatia diabética(ND) doença arterial periférica(DAP), deformidades estruturais durante a anamnese, inspeção, uso de técnicas e instrumentos simples (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006, p. 103).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Reorganizar o serviço para atendimento aos pacientes usuários do Centro de Saúde Túnel de Ibirité (CSTI) portadores de diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 em uso de insulina para prevenção do pé diabético.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Ordenar os pacientes DM tipo 2, em uso de insulina no CSTI;
- Apresentar o projeto prevenção do pé diabético para os enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde do CSTI, enfatizando o tema DM e a importância da consulta de enfermagem para atendimento desses usuários;
- Propor na consulta de enfermagem a realização do Teste de Sensibilidade e Identificação do pé em risco;
- Propor utilização de fichas para acompanhamento;
- Propor a criação do "Grupo Prevenção Pé Diabético" (PREPEDI)

1.3 Metodologia

A revisão de literatura foi realizada através da leitura de artigos publicados na Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*) - cujos descritores foram: Diabetes Mellitus, neuropatia diabética e pé diabético - publicações do Ministério da Saúde, Protocolos da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes, todos pertinentes ao tema.

Para viabilizar a proposta, utilizamos dados fornecidos pela Gerência Epidemiologia e Informação (GEREPI), da regional Barreiro, Cadastro BH Vida, fichas de acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde e do SISREDE (Sistema de Informação em Saúde do município de Belo Horizonte), onde foi feito o levantamento do número de diabetes mellitus do território e utilizadores do serviço do Centro de Saúde Túnel de Ibirité.

Após a obtenção dos dados literários e informativos, seguiu-se o momento de reflexão para análise das informações obtidas e construção do plano de intervenção. Os instrumentos que utilizaremos serão ordenar os pacientes DM2 em uso de insulina; utilização de fichas de avaliação e acompanhamento (PREPEDI); execução do teste de monofilamento Semmes-Weinstein (estesimetria), e a classificação do pé diabético, realizada durante a consulta de enfermagem, utilizando as cores padrão preconizadas. Após a consulta de enfermagem e análise das mesmas, serão formados os grupos operativos como estratégia para melhorar a adesão dessa clientela ao tratamento e melhoria na qualidade de vida.

Para uma segunda parte da pesquisa, faremos de acordo com as exigências do Comitê de ética e Pesquisa em seres humanos (que será encaminhado em momento oportuno) e somente após aprovação do mesmo será realizada a coleta de dados.

2. ASPECTOS CONCEITUAIS BÁSICOS

2.1 Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT)

As DCNT como as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças músculo-esquelético, entre outras, são doenças multifatoriais que têm em comum, fatores comportamentais de risco modificáveis, como: o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a falta de atividade física e fatores não modificáveis, como idade e hereditariedade (BRASIL, 2011).

O diabetes encontra-se no grupo das doenças crônicas não transmissíveis. Estas se caracterizam por apresentarem fatores de risco, necessidade de acompanhamento, podem gerar alterações patológicas não reversíveis e requerer treinamento para reabilitação e monitoramento. A estratégia do Ministério da Saúde para promoção da saúde e prevenção das DCNT consiste em atuar fortemente para a mudança de estilos de vida que predispõem ao surgimento e agravamento dessas doenças (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, as DCNT são as principais causas de morte no mundo, gerando um número considerável de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, limitação de atividades de trabalho e lazer, e ainda, impacto econômico para as famílias e a sociedade em geral.

As DCNT constituem um problema de saúde de grande magnitude e respondem por cerca de 70% das mortes no Brasil, com destaque para as doenças cardiovasculares (30%) e o câncer (15,6%), atingindo principalmente a população de baixa escolaridade e baixa renda, além de grupos vulneráveis como os idosos (BRASIL, 2011, p. 6).

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de

forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.

2.2 Diabetes *Mellitus*

O DM caracteriza-se por uma síndrome de etiologias múltiplas, que leva a uma hiperglicemia crônica levando a alterações do metabolismo de carboidratos, proteínas, lipídeos. Este quadro de hiperglicemia decorre da ausência da produção de insulina pelo organismo ou pela inadequada capacidade da insulina em realizar a sua função. O diabetes apresenta-se com alterações ao longo prazo levando a disfunções, renais, vasculares, coração, olhos e nervos. (BRASIL, 2011).

A classificação atual do DM é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos diabetes *mellitus* insulino dependente e diabetes *mellitus* insulino independente devem ser eliminados. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e aqui recomendada, inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e diabetes *mellitus* gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

O diabetes tipo I apresenta algumas características como: maior prevalência em crianças, adolescentes e adultos jovens, presente em pacientes magros, cujo início é abrupto, com baixa hereditariedade, facilidade para labilidades glicêmicas e risco para Cetose. O diabetes tipo II apresenta início insidioso, com sintomas inespecíficos, podendo não apresentar os sintomas claros de hiperglicemia. Apresentam complicações crônicas, presença marcante do fator de hereditariedade, pacientes com características de obesidade, aumento da prevalência com a idade. (BRASIL, 2011).

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é a forma que está presente em 90% - 95% dos casos e caracteriza-se por imperfeição na ação e na secreção da insulina, que estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, sendo que a cetoacidose raramente desenvolve-se espontaneamente, ocorrendo apenas quando associada a outras condições como infecções. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, sendo geralmente diagnosticado

após os 40 anos. Os pacientes não são dependentes de insulina exógena porém podem necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

2.3 Pé Diabético

De acordo com a OMS, o pé diabético pode ser definido como membros inferiores e pés que apresentam infecção, ulceração e ou obstrução dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e ou a vários graus de doença vascular periférica. O pé apresenta, normalmente, uma úlcera que pode ser causada por “stress” repetitivo moderado, ausência de sensibilidade, irrigação inadequada ou a somatória de todos estes fatores.

O pé diabético é uma das complicações do DM, caracterizado pela presença de lesões nos pés decorrentes de neuropatias periféricas. Cerca de 90% dos casos, doença arterial periférica e deformidades. Representam uma parcela significativa de internações hospitalares prolongadas, morbidade e mortalidade. Essas complicações, de caráter crônico, ocorrem em média dez anos após o aparecimento da doença e quando associadas a infecções, podem evoluir para amputações não traumáticas de membros inferiores. (BRASILEIRO et al, 2005).

As complicações com os pés representam a maior causa de amputação não traumática das extremidades inferiores no mundo, sendo sua prevalência 15 a 46 vezes maiores em indivíduos portadores de diabetes se comparados com os indivíduos com valores glicêmicos normais (BELO HORIZONTE, 2010).

Úlceras e amputações são problemas sérios e dispendiosos, acometendo aproximadamente 15% dos diabéticos durante sua vida. A amputação de uma extremidade inferior ou parte dela é geralmente uma consequência de uma úlcera no pé, em consequência de neuropatia periférica. Uma estratégia que inclua prevenção, educação dos pacientes e dos profissionais de saúde, tratamento multidisciplinar das úlceras dos pés e sua rígida monitoração pode reduzir as taxas de amputação entre 49 a 85% (BELO HORIZONTE, 2006).

A detecção precoce do "pé em risco" pode ser feita facilmente pela inspeção e avaliação da sensibilidade através de testes simples e de baixo custo. O emprego dessas medidas e a educação de profissionais, pacientes e familiares podem reduzir em até 50% o risco de amputação. Embora não existam dados populacionais sobre a prevalência das complicações crônicas do DM no Brasil, estima-se que o número de complicações

crônicas seja elevado. Além disso, provavelmente apenas uma pequena fração da população dos pacientes diabéticos é avaliada regularmente para a presença de complicações nas suas fases iniciais e recebe orientação terapêutica apropriada (GROSS, NEHME, 1999, p. 280-281).

2.4 Consulta de enfermagem

Por consulta de enfermagem, entende-se o conjunto de ações realizadas pela enfermeira, com sucessão ordenada, visando conhecer a situação de saúde da clientela e tomar decisões quanto à assistência a ser prestada, propondo mudanças favoráveis à saúde (CAMPEDELLI apud RIO DE JANEIRO, 2010).

A consulta de enfermagem ao portador de DM deve focar os fatores de risco que influenciam o controle da diabetes, ou seja, as mudanças no estilo de vida do paciente, incentivando a atividade física, a redução do peso corporal, a abordagem ao tratamento do tabagismo e ações que visem a prevenção de agravos. É importante a atualização das rotinas dos Programas, prevenção de complicações com a manutenção de níveis glicêmicos normais além do controle dos fatores de risco (RIO DE JANEIRO, 2010).

A consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve estimular o cliente em relação ao autocuidado. Representa importante instrumento de estímulo à adesão aos programas de hipertensão e diabetes. Tal atividade é fundamental no acompanhamento, sensibilizando o cliente sobre a sua condição de saúde e como seguir o seu plano de tratamento. (RIO DE JANEIRO, 2010, p.1).

Segundo Patrício (1995) citado por Schneider (2002), para que a enfermeira possa desenvolver a consulta de enfermagem, é importante conhecer as questões vinculadas à saúde-doença dos clientes, desenvolvendo competência para trabalhar na relação pessoa-pessoa e também com grupos. É necessário identificar quais as crenças e valores que guiam suas práticas de saúde-doença, buscando uma educação participativa, além de se atentar ao perfil epidemiológico e de saúde da clientela.

Segundo Schneider (2002), a qualidade da consulta de enfermagem depende do diálogo que é estabelecido na interação entre o usuário e a enfermeira. É necessário levar em consideração as crenças, valores e saberes do cliente para facilitar a identificação das suas limitações e possibilidades, e buscar alternativas mutuamente. A relação dialógica na consulta de enfermagem proporciona o estabelecimento da confiança, a autonomia e a liberdade de escolha do usuário sempre preservada.

2.5 Teste Monofilamento de Semmes-Weinstein

O teste do monofilamento de Semmes-Weinstein (estesiometria) é um método simples, fácil de utilizar e de boa reprodutibilidade. Através desse teste avalia-se a sensibilidade protetora plantar através de um dispositivo eficiente e barato para identificar o paciente em risco para ulceração no pé. Ele é considerado um sinal de alerta para os pacientes com diabetes *mellitus* em relação à perda do mecanismo de proteção e defesa dos pés (BRASIL, 2001).

Este teste consiste na inspeção de dez pontos específicos nos pés com um filamento de *nylon*, visando determinar a presença ou ausência de sensibilidade tátil. A incapacidade de sentir a pressão necessária ao se curvar suavemente o monofilamento de 10 g, quando observado em quatro dos dez pontos do pé avaliados é compatível com neuropatia sensorial (BRASIL, 2001).

Considerações sobre o estesiômetro, o monofilamento de nylon é útil para auxiliar o diagnóstico precoce e monitorar a evolução da lesão nervosa periférica. Permite identificar melhora, piora ou estabilidade do quadro, alterações de sensibilidade antes da perda da sensibilidade protetora e indicar a conduta terapêutica. A vantagem desse instrumento sobre os demais, como algodão, tubos de ensaio, entre outros, é a de permitir quantificar o grau de perda sensitiva. A utilização desse instrumento de forma correta demonstra a reprodutibilidade e a confiabilidade do teste, uma vez que elimina variáveis não controladas por outras técnicas (BRASIL, 2001, p. 58).

2.6 Grupo Operativo

Uma abordagem muito eficaz para a educação em saúde é o grupo operativo, ele visa à dialética ensinar-aprender, por meio de uma metodologia horizontal, uma vez que as pessoas aprendem e ao mesmo tempo são portadoras do saber, sujeitas a ensinamentos gerando uma troca de vivências e sabedorias. Nele há um espaço para apresentar os problemas, buscar conjuntamente soluções, as quais englobam a teoria profissional com as experiências vividas cotidianamente pelos usuários. (DIAS, 2006).

Enrique Pichon-Rivière, psicólogo social, psiquiatra Argentino, iniciou em 1940 na Argentina, a teoria do grupo operativo. Para ele são fundamentais os vínculos sociais, o processo de comunicação e de aprendizagem, devendo funcionar como educador, utilizando-se de uma didática interdisciplinar, despertando o interesse do grupo (SOARES; FERRAZ, 2007).

Uma longa tradição tem marcado a utilização de grupos na área da saúde. Na década de 1970, os grupos denominados operativos ganharam a atenção dos profissionais de saúde pelo seu grande potencial de aplicabilidade e pela sistematização que traziam para o processo grupal (SOARES; FERRAZ, 2007, p. 1).

A intenção da abordagem de Grupo Operativo encontra-se na troca de experiências e a explicitação de contradições, fantasias e crenças que permearam o processo grupal, na busca da adesão ao tratamento e, por conseguinte a melhor qualidade de vida. Além disso, é possível conseguir maior autonomia dos seus integrantes, que gradualmente superam a postura passiva para se tornarem agentes de sua própria vida, isto é, busca-se conscientizar os usuários acerca da co-responsabilidade perante a sua saúde (SANTOS et al, 2008).

O grupo operativo tende a trazer um espaço de reflexão e co-construção de conhecimento, incentivando a busca ativa de informações e orientações sobre a doença e seu tratamento. O aprendizado como forma de mudança na vida do indivíduo, sendo crítico diante da realidade, constitui uma abordagem do grupo operativo (SANTOS et al, 2008).

2.6 Trabalho em equipe

Segundo Peduzzi (2001), a concepção da formulação teórica do trabalho em equipe, consistiria na modalidade de trabalho coletivo, onde se configura uma relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Ressaltam-se duas modalidades de equipe; equipe integração e equipe agrupamento, sendo que o critério de reconhecimento basearia entre outros, na comunicação entre os agentes do trabalho, diferenças técnicas, especificidade da área profissional, flexibilidade e autonomia técnica.

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas. No entanto, também expressam a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho (PEDUZZI, 2001, p. 108).

De acordo com o Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2009), trabalhar em equipe vai além de agregar profissionais de diferentes áreas. Faz-se necessário compartilhar objetivos, estar ciente da necessidade de alcançá-los, desenvolvendo uma visão crítica a respeito de desempenho de cada um dos integrantes. O trabalho em equipe pressupõe:

- Organização e planejamento das ações, preservando o que é específico de cada profissional e o que é comum aos seus membros sem estabelecimento de relações de hierarquia;
- Coordenar o cuidado dentro do sistema de saúde, assegurando o vínculo paciente-equipe de saúde;
- Implementar atividades de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e educação em saúde;

- Reforçar ações governamentais e comunitárias que incentivem uma cultura capaz de promover hábitos de vida saudáveis;

O trabalho em equipe é concebido como um processo grupal e interdisciplinar, no qual se observa sinergia positiva, coordenação, cooperação e responsabilidade coletiva, compartilhamento de objetivos comuns e interação entre os membros, possível através da comunicação. (CANOLETTI, 2008, p. 1).

Segundo Almeida e Mishima (2001), articular e complementar os diversos conhecimentos e as diversas experiências disponíveis, dos distintos agentes, não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis, possa se construir a idéia de equipe integrada em busca de um trabalho em saúde compartilhado, humanizado com responsabilização e vínculo com a comunidade.

3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

3.1 Cenário

O cenário de atuação deste projeto será o Centro de Saúde Túnel de Ibité, pertencente ao distrito sanitário Barreiro em Belo Horizonte, Minas Gerais. A Unidade Básica de Saúde (UBS), conta com uma população de 13.489 habitantes (Censo BH social), possuindo três equipes de Saúde da Família, a saber: Equipe 1 - Verde - implantada em 21/06/02; Equipe 2 - Amarela - implantada em 16/10/02; Equipe 3 - Azul - implantada em 17/03/03

O número de diabéticos do território é de 370, sendo 358 DM2 e 12 usuários portadores do DM1. O número de usuários DM2 em uso de insulina é de 99 pessoas.

3.2 Considerações Básicas

O Centro de Saúde Túnel de Ibité, conforme mencionado anteriormente, hoje possui 99 pacientes DM2, em uso de insulina, distribuídos nas 3 ESFs. A UBS já é informatizada, como outras unidades da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, e possui protocolos já padronizados, inclusive muitos deles já inseridos no sistema de informação em rede (SISREDE), onde para dar prosseguimento ao atendimento, faz-se necessário o preenchimento dos dados que o programa solicita.

Percebe-se que os Protocolos disponíveis, são instrumentos que estabelece normas, orientando os diferentes profissionais diante da complexidade dos agravos de saúde existentes no território, as ações tendem a serem uniformes e o andamento no processo a ser mais fácil, mas esbarramos no problema de adesão aos protocolos, principalmente na escolha do protocolo do qual será inserido o cliente, que muitas vezes é atendido em Protocolo errôneo ao preconizado para o caso.

O uso dos protocolos, sem dúvida é um auxílio, e no que refere à Diabetes, padroniza as ações facilitando o trabalho das equipes e, direcionando os atores envolvidos no processo. Mesmo avaliando-os como ponto positivo, ressaltamos que

não devemos achar que se esgota neles, pois nosso olhar deverá ficar atento, para as situações especiais e as peculiaridades que envolvem o cidadão.

Portanto a utilização apenas do SISREDE, e de Protocolos já existentes, na nossa realidade, não nos têm sido suficiente. Organizar uma proposta para melhoria da assistência prestada, onde haja envolvimento de toda equipe, e onde o sujeito se aproprie e haja empoderamento, sem dúvida constituem como desafio para os serviços de saúde.

O envolvimento dos atores sociais, o planejamento das ações, a sensibilização de todos os integrantes da equipe e a utilização de instrumentos de avaliação, se torna primordial, para a implantação de propostas, que no Centro de Saúde Túnel de Ibirité, visaremos a prevenção do pé diabético, nos pacientes DM2, em uso de insulina.

Após os conceitos e recomendações dos pacientes portadores de D.M. em uso de insulina do Centro de Saúde Túnel de Ibirité e considerando o processo de trabalho existente na UBS, será realizada uma abordagem diferenciada para essa clientela. Em atendimento individual, iniciará uma abordagem, onde a ficha de atendimento (Apêndice) será preenchida em consulta de enfermagem, seguindo para análise e gestão do caso, onde cada integrante da ESF terá papel importante no registro, acompanhamento e monitoramento dos casos. Portanto, enfocarão nesse projeto de intervenção ações a serem desenvolvidas para as 3 equipe, que desenvolverão um trabalho em equipe, visando a prevenção do pé diabético para essa clientela.

Propomos alguns passos para a reorganização do atendimento ao paciente DM2 em uso de insulina, para prevenção do pé diabético.

3.3 Propostas de Intervenção

A proposta de intervenção envolverá três vertentes: uma atuação com as equipes e profissionais de saúde, objetivando resgate e aprimoramento de conceitos pertinentes ao tema selecionado, como roda de conversa em saúde; apresentação para enfermeiros e demais integrantes da ESF dos novos instrumentos a serem utilizados na consulta de enfermagem e atuação com os indivíduos DM2 e família com atividades individuais e centradas em grupo para manejo autocuidado,

Seguem-se as etapas para a reorganização do atendimento ao paciente DM2 em uso de insulina, para prevenção do pé diabético.

3.3.1 Realização de educação em serviço para equipes saúde da família e demais integrantes da UBS, onde seguirá a seguinte seqüência:

- Seleção do tema DM2 e principais complicações, enfocando o pé diabético;
- Organizando do material didático a serem abordados em reuniões, com abordagem geral para todos os integrantes e em reunião de equipes para envolvimento e valorização das ações;
- Realizar reuniões com todos os integrantes da UBS, (Figura 1);
- Realizar reunião com cada ESF, conforme cronograma (Figura 1).

Cronograma

Ação	Atores	Cronograma	Local	Objetivo	Abordagem
Seleção do tema DM2	Enfermeiro/ Clínico/ESFs	Fevereiro 2012	UBS	Envolver e buscar parceiros	Abordagem dinâmica e prática do cotidiano dos profissionais
Organização do material didático	Enfermeiro/ Clínico	Fevereiro 2012	Na UBS/Distrito Barreiro/ Almoxtarifado	Oferecer subsídios Motivação visual	Facilitar o processo da construção e troca aprendido
Realização educação em serviço para Integrantes UBS e ESFs.	Enfermeira/ Clínico/ESFs	Março 2012	Na UBS	Agregar conhecimentos Desenvolver parcerias Envolver equipe Valorizar ações Realizar atualização do tema DM2	Apresentação em reunião geral em data show.em forma de roda de conversa e posteriormente Reunião com ESFs para 1º contato e análise do instrumentos e levantamento das dificuldades encontradas ou não esclarecidas

3.3.2 Apresentação para enfermeiros e demais integrantes ESF dos novos instrumentos a serem utilizados na consulta de enfermagem:

- Ordenar os pacientes DM tipo 2, em uso de insulina no CSTI
- Apresentar e disponibilizar a ficha de avaliação e atendimento Prepedi (Apêndice) a ser utilizada na consulta de enfermagem;
- Apresentar e disponibilizar Ficha de acompanhamento DM2 (Anexo 1);
- Disponibilizar Ficha de Identificação do pé em risco SMSA-BH (Anexo 2);
- Demonstrar a utilização do monofilamento Semmes-Weinstein com suas cores padrão (Anexo 3);
- Divisão de tarefas entre os integrantes da equipe, para apropriação e monitoramento das ações;

Cronograma

Ação	Atores	Cronograma	Local	Objetivo	Abordagem
Ordenar os pacientes DM2 em uso de insulina	Enfermeira ACS Equipe apoio Farmácia	Fevereiro 2012	UBS	Elaborar junto com as ESFs atualização dos dados referentes ao número de DM2 em uso de insulina de cada micro-área Coletar dados existentes junto a farmácia local e distrital	Sistematizar os dados e propor registro dos mesmos em arquivo específico para facilitar acompanhamento e monitoramento
Realizar reuniões por ESFs	Enfermeira ESF	No dia da reunião de cada equipe Março 2012	Na UBS	Respeito aos saberes. Envolvimento dos ACS na abordagem ao DM. Reforçar importância Trabalho em equipe	Redirecionamento dos papéis Análise do instrumentos a serem utilizados Criação convite para consulta de enfermagem para avaliação o Pé diabético, criado pela ESF e disponibilidade de horário levantado pelo ACS envolvido Apresentação dos novos instrumentos a serem utilizados
Apresentação da ficha de avaliação e atendimento PREPEDI (Apêndice)	Enfermeira	No dia da reunião de cada equipe Março 2012	Na UBS	Vivenciar a utilização do instrumento Comparar com o existente no Protocolo DM no SISREDE Analisar instrumento para monitoramento posterior	Participativa e interativa Propiciar troca de experiências e idéias entre os diferentes agentes e sujeitos
Apresentar modelo da ficha de acompanhamento DM2 C.S.Túnel de Ibitaré Anexo 1	Enfermeira	No dia da reunião de cada equipe Março 2012	Na UBS	Padronizar fichas para melhor acompanhamento por cada equipe, onde poderá ser feito o aprazamento e melhor visualização da clientela selecionada	Participativa e interativa Propiciar troca de experiências e idéias entre os diferentes agentes e sujeitos

Demonstrar a utilização do monofilamento Semmes-Weinstein com suas cores padrão. Anexo 3 Figura 1	Enfermeira	No dia da reunião de cada equipe Março 2012 e Atendimento conjunto entre enfermeiros	Na UBS	Vivenciar a utilização do instrumento Comparar com o existente no Protocolo DM no SISREDE	Participativa e interativa Propiciar troca de experiências e idéias.
Organizar a agenda para consulta de enfermagem para realização do teste estesiometria	ESFs	Após agenda definida pela equipe	Na UBS	Divisão das tarefas na ESF Propiciar vínculo entre usuários DM-2 em uso de insulina e ESF Disponibilização do horário para atendimento individual da clientela DM2 em uso de insulina em consulta de enfermagem	ESF disponibiliza consulta enfermagem para utilização da ficha de avaliação e atendimento (Apêndice) Utilização monofilamento (Anexo 3)

3.3.3 Atuação com os indivíduos DM2 e família, com atividades individuais e centradas em grupo para manejo autocuidado;

- Distribuição do convite pela ESF;
- Ordenar os pacientes DM tipo 2, em uso de insulina no CSTI
- Utilização na consulta de enfermagem da Ficha de atendimento e acompanhamento PREPEDI, ficha de identificação do pé em risco e monofilamento Semmes-Weinstein
- Avaliação dos casos por ESF dos dados encontrados e seleção para os casos de atendimento compartilhado;
- Convite para participação da família nas consultas compartilhadas;
- Análise dos casos prioritários com NASF, ESFs e Apoio da UBS;
- Seleção dos casos prioritários, com risco aumentado para monitoramento e intervenções oportunas;
- Avaliação e monitoramento dos casos inseridos e novos, vigilância em saúde;

- Criação do grupo operativo para DM2 em uso de insulina e família para manejo do auto cuidado;
- Planejamento pelas equipes da operacionalização do Grupo, onde os assuntos serão definidos pelos participantes com envolvimento e valorização dos saberes.
- Levantamento da nova situação da clientela acompanhada, (Segunda Parte), onde passará anteriormente pelas exigências do Comitê de ética e Pesquisa em seres humanos (coleta de dados)

Cronograma

Ação	Atores	Cronograma	Local	Objetivo	Abordagem
Distribuição do convite pela ESF para consulta de enfermagem	Enf. ACS	Março/12	Na residência do individuo	Envolver e propor alternativas para o atendimento individual verificando compatibilidade entre horários ofertados e disponibilidade da clientela	Receptiva, interativa e Flexível Avaliativa após demanda trazida pelo ACS dos possíveis absenteísmo
Execução da consulta de enfermagem ao indivíduo DM2 em uso de insulina	Enfermeiro da ESF	Abril 12	Na UBS	Estímulo á adesão ao tratamento Utilização da Ficha de atendimento e acompanhamento PREPEDI, Ficha de identificação do pé em risco e monofilamento Semmes-Weinstein	Processo educativo envolvendo troca de saberes Estimulo do cliente em relação ao manejo para autocuidado.
Classificação do pé e registro em planilha*	ESFs	Após consultas e em reunião de equipe	Na UBS	Identificação do pé em risco. Classificação proposto pela SMSA(Anexo 2)	Gerenciamento do caso

Agendamento do atendimento compartilhado para "Gestão do Caso"	ESFs Médico apoio/Nasf/ Família	Na medida das análises	Na UBS	Intervir oportunamente envolvendo a equipe e família para apropriação das ações a serem feitas por todos	Propor consulta participativa onde a família será o foco principal nas intervenções
Agendamento do atendimento compartilhado para "Gestão do Caso"	ESFs Médico apoio Nasf/ Família	Na medida das análises	Na UBS	Propor consulta participativa onde a família será o foco principal nas intervenções com	Intervir oportunamente envolvendo a equipe e família para apropriação das ações a serem feitas por todos Apresentação do resultado dos instrumentos utilizados na consulta de enfermagem na avaliação do Pé diabético.
*Criação do grupo diabético(PREP EDI)	ESFs NASF Apoio da UBS	2012	UBS Rede Sociais	Manejo para auto cuidado co-responsabilidades	Troca de experiências com atividades lúdicas
Monitoramento Interno	ESFs	A cada 6 meses	Na equipe	Avaliar a estratégia, observar pontos a serem melhorados.	Participativa e com envolvimento de todos.
Monitoramento Coleta de dados	Enfermeira	2012	Após cumprir exigências Comitê de ética e Pesquisa	Análise impacto Resultados	Pesquisa quantitativa direcionada

*No que se refere à criação do grupo, realizaremos parcerias, com proposta inicial de encontros mensais, onde os assuntos de interesse serão definidos pelos participantes e horários da realização compactuados nas reuniões de equipe e envolvimento comissão local.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de projetos de intervenção que fortaleçam as práticas assistenciais na Estratégia Saúde da Família e visem a melhoria da assistência prestada ao portador de DCNT, é de grande importância, pois melhoram o controle dessas doenças e conseqüentemente a qualidade de vida dos mesmos. No que se refere ao paciente diabético, é primordial o envolvimento da equipe para prevenção dos agravos e promoção da saúde.

Ressalta-se ainda, que a atuação do enfermeiro ao cuidado ao portador de diabetes com pé diabético, faz-se necessário para identificação precoce do “pé em risco” a fim de evitar amputações e assim favorecer qualidade de vida. O enfermeiro por ter participação em praticamente todos os momentos do contato dos pacientes com a unidade é considerado pelos usuários, muitas vezes, como um profissional de confiança no compartilhamento de seus problemas, sendo assim, se houver sua participação ativa nessa ação, poderá ajudar a garantir a qualidade da atenção a esses usuários.

A assistência prestada com planejamento e envolvimento dos atores do processo, onde haja enfoque no sujeito no processo de intervenção se torna essencial. A abordagem do ser humano, o acolhimento, o vínculo e principalmente o respeito que deve ser dado ao Ser, que não é DM, mas sim cidadão, co-responsável e ativo no processo e principal ator para as intervenções e interlocuções dos quais o inserimos.

Esta proposta de intervenção propõe melhoria das ações já preconizadas nos protocolos internos de atendimento ao paciente diabético, sensibilizando os trabalhadores, usuários e familiares da importância do envolvimento de todos na prevenção do pé diabético, bem como ofertar a avaliação do pé diabético a todos DM2 em uso de insulina, construindo um plano de cuidados real, onde focaremos o indivíduo no manejo para o autocuidado.

Os instrumentos utilizados poderão ser avaliados, ajustados e monitorados, num processo contínuo e inesgotável da construção do saber e de busca de melhoria na qualidade do serviço prestado. Em todas as etapas, daremos ênfase ao repensar a prática profissional, propiciar e valorizar a comunicação, facilitar acesso, co-responsabilizar, apropriações, enfim oportunizar o rever Processo de trabalho para a satisfação e êxito nas intervenções.

Sabemos que precisamos alinhar o conceito e a importância da vigilância em saúde, onde a organização do processo de trabalho, otimiza os recursos e estabelece prioridades para a prevenção de doenças e agravos, reabilitação, recuperação e promoção da saúde. Focar e identificar riscos, monitorar, envolver a equipe e indivíduo são desafios constantes que ficam mais próximos de alcançar quando partilhamos idéias e ações, quando permitimos sair da idéia do individual para o coletivo, do envolver ao ensinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho.** 2001. Disponível on-line: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>>. Acesso 28 ago. 2011.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Diabetes Mellitus e atendimento em angiologia e cirurgia vascular.** Belo Horizonte: SMS, 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo de Hipertensão Arterial/ Risco Cardiovascular.** Belo Horizonte: SMS, 2009.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. . Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Gerência de Assistência - Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. **Protocolo de Assistências aos Portadores de Feridas.** Belo Horizonte: SMS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 16. **Diabetes Mellitus.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades.** Brasília: MS, 2001.

BRASIL, Ministério de Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS Nº 7.** Brasília: MS, 2010. Disponível on-line:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_7_final.pdf> Acesso 13 mai. 2011.

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

BRASILEIRO, José Lacerda et al. **Pé diabético: aspectos clínicos.** Jornal Vascular Brasileiro. Mato Grosso: 2005. Disponível on-line em: <<http://www.jvascbr.com.br/05-04-01/05-04-01-11/05-04-01-11.pdf>>. Acesso 28 jul. 2011.

BRUNNER, LS et al. **Prática de Enfermagem.** Vol. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CANOLETTI, Bianca. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=29246906&pid=S198 > . Acesso 27 jul. 2011.

CZEPIELEWSKI, Mauro Antonio. **Diabetes Mellitus (DM)**. Portal ABC da Saúde, 2008. Disponível on-line em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?127&-diabetes>> Acesso: 28 jul. 2011.

DIAS, RB; CASTRO, FM. **Grupos Operativos. Grupo de Estudos em Saúde da Família**. Belo Horizonte: AMMFC, 2006.

GROSS, J.L.; NEHME, M. **Deteção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia**. Revista da Associação Médica Brasileira. vol.45 n.3 São Paulo July/Sept. 1999. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301999000300014&scriptsci_arttext>. Acesso 28 jul. 2011.

PEDUZZI, Marina. **Atualização - Equipe multiprofissional de saúde. Conceito e tipologia**. Rev.Saúde Pública 2001; 103-9 <http://WWW.scielosp.org>

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Consulta de enfermagem**. Sub-Secretaria de Promoção. Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro:SMS, 2010.

SANTOS, Sueli Maria dos Reis *et al.* **A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais**. Florianópolis: 2008. Disponível on-line: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/14.pdf>>. Acesso 27 ago. 2011.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **A consulta de enfermagem como prática de reflexão sobre a saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de riscos**. Florianópolis, 2002, 108F. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível on-line em: <[HTPP://www.tede.ufsc.br/teses](http://www.tede.ufsc.br/teses)>. Acesso 27 ago. 2011.

SOARES, Sônia Maria; FERRAZ, Aidê Ferreira. **Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias**. Belo Horizonte: 2007. Disponível on-line em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>> Acesso 28 jul. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

APÊNDICE

FICHA PARA AVALIAÇÃO e ATENDIMENTO PREPEDI – C.S.T.I.

Nome:	PE: PF:
	ESF:
Data nascimento:	Idade:
Data:	Escolaridade:
Endereço:	Resp./Atendimento:

1 - Doença Referida:

- () Dislipidemia () HAS () Obesidade
() Doença Coronária () Diabete () Ansiedade/Depressão
() Hipo / Hipertiroidismo () Déficit Visual () Outras

2 - Data/ano de DM? _____ Data uso HO: _____ Data uso insulina _____
Quem ensinou a aplicação _____ Quem faz a aplicação _____
Onde guarda a insulina _____

3 - É tabagista? () Não () Sim Quantos cigarros dia? _____
Desejo parar? () Não () Sim
Conheço grupo abordagem tabagismo? () Sim () Não
Quantos anos fumei? _____
Quantos anos parei? _____

4 - É etilista? () Não () Sim Frequência: _____

5 - Medicação em uso atualmente?
HO: Insulina/ Dia

6 - Faz caminhada?
() Sim () Não () Às vezes _____ (frequência)

7 - Faz outra atividade física?
() Sim Qual _____ (frequência)
() Não

8-Quais os cuidados com meus pés?
- Unha cortada como?(Observar) _____
- Cutícula extraída? () sim () não
- Hidratação dos pés () sim () não
- Após o banho, tenho o hábito de secar entre os dedos? () Sim () Não
-Tipo de calçado usado no dia (observar) _____
-Tipo de calçado usado normalmente (informado) _____

9-Trabalha? _____

Qual tipo de trabalho? _____

Horário? _____

10-Tenho interesse de participar G.O.? _____

Qual Horário seria melhor? _____

Exame Físico direcionado:

Peso: Altura: IMC: PA:

Glicemia capilar na hora do exame:

Hora última refeição:

Teste de Sensibilidade dos Pés:



Resultado:

Intervenção:

Conduta:

Assinatura/Carimbo:

ANEXOS

Anexo 1

Diabéticos – Tipo 2 – em uso de insulina

Equipe: _____

Ficha de acompanhamento DM2 C.S.Túnel de Ibirité

Nome	DN	PE	PF	ACS	Endereço	Telefone	Aval.Pé	Clas. Pé	Retorno
	__/__/__						__/__/__		
	__/__/__						__/__/__		
	__/__/__						__/__/__		
	__/__/__						__/__/__		
	__/__/__						__/__/__		
	__/__/__						__/__/__		
	__/__/__						__/__/__		
	__/__/__						__/__/__		
	__/__/__						__/__/__		
	__/__/__						__/__/__		

PE: prontuário eletrônico; PF: prontuário família; ACS: agente comunitário de saúde; aval.pé: avaliação pé; clãs.pé: classificação pé

Anexo 2

Identificação do pé em risco

Categoria	Risco	Frequência Avaliação
0	Neuropatia ausente	Uma vez ao ano
1	Neuropatia Presente	Uma vez a cada 6 meses
2	Neuropatia Presente, , sinais de doença vascular periférica e/ou deformidades nos pés	Uma vez a cada 3 meses
3	Amputação/úlceras prévias	Uma vez entre 1 a 3 meses

ANEXO 3

Monofilamento Semmes-Weinstein








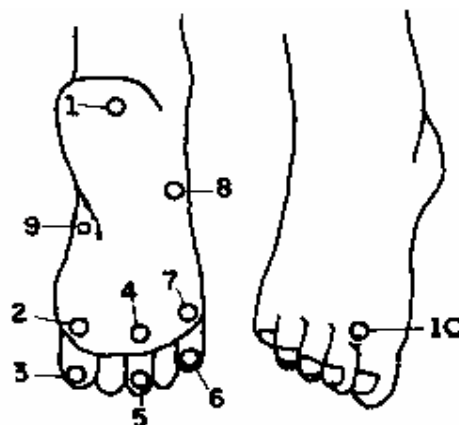
Legenda:		Cada filamento corresponde a um nível funcional representado por uma cor.
Verde		0,05g - sensibilidade normal na mão e no pé
Azul		0,2g - sensibilidade diminuída na mão e normal no pé - Dificuldade para discriminar textura (tato leve)
Violeta		2,0g - sensibilidade protetora diminuída na mão - incapacidade de discriminar textura - dificuldade para discriminar formas e temperatura
Vermelho		4,0g - perda da sensibilidade protetora da mão/ as vezes pé - perda da discriminação de textura - incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho		10g - perda da sensibilidade protetora no pé - perda da discriminação de textura - incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho		300g - permanece apenas a sensação de pressão profunda na mão e no pé
Preto		- sem resposta. Perda da sensação de pressão profunda na mão e no pé.

Figura 1

Pontos e nervos acometidos



PÉ

Nervo Tibial - 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7

Nervo Sural - 8

Nervo Safeno - 9

Nervo Fibular Profundo - 10