

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

**GILCIMAR ALVES SILVA**

**DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS**  
**DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO JACI**  
**MUNICÍPIO DE CANDEIAS – MG**

**FORMIGA– MG**

**2013**

**GILCIMAR ALVES SILVA**

**DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS  
DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO JACI  
MUNICÍPIO DE CANDEIAS – MG**

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.

Orientadora Valéria Tassara

**FORMIGA – MG**

**2013**

**GILCIMAR ALVES SILVA**

**DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS  
DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO JACI  
MUNICÍPIO DE CANDEIAS – MG**

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.

Orientadora: Valéria Tassara

Banca Examinadora

Profa. Valéria Tassara- orientadora

Profa. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, 23 de outubro de 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus primeiramente por me fortalecer dia a dia nessa caminhada profissional.

Aos meus pais Aparecida e Vicente pelo amor, apoio e incentivo na busca de mais conhecimento.

A minha esposa Gracielle e meu filho Luiz Gustavo pela compreensão, força, amor e perseverança, em mais um desafio profissional.

A todos os familiares, amigos, colegas de trabalho do PSF Jaci e tutores.

A minha orientadora Valéria Tassara pela colaboração, compreensão e orientação nesse novo aprendizado profissional.

**OBRIGADO A TODOS!**

## RESUMO

O presente trabalho objetivou propor diretrizes para o acompanhamento dos pacientes diabéticos da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jaci, em busca de uma melhor qualidade da assistência prestada. Observa-se, por meio da minha vivência enquanto enfermeiro e no diagnóstico situacional do Programa Saúde da Família (PSF), uma descontinuidade no acompanhamento dos usuários diabéticos, baixa adesão ao tratamento, a não existência de um protocolo municipal para padronizar o atendimento e a garantia de uma resolubilidade da assistência prestada. Justifica-se o tema escolhido com o propósito de refletir sobre o acompanhamento dos usuários diabéticos pela ESF do Jaci onde a abordagem do diabetes pela equipe multidisciplinar contribui para oferecer ao paciente e/ou comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotar mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento. Este estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico correspondente ao período de 2000 a 2013 com buscas de artigos científicos realizadas nas bases de dados do SciELO, LILACS, bem como nos manuais da Sociedade Brasileira de Diabetes, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e também pesquisas em sites específicos, como o Departamento de Atenção Básica e a Biblioteca Virtual em Saúde. Para tal, foram utilizados os seguintes descritores: diabetes, acompanhamento, atenção básica, Saúde da Família. Portanto, as diretrizes propostas para o acompanhamento dos diabéticos do PSF Jaci se fazem necessárias para que a equipe possa desenvolver uma assistência integral e humanizada, considerando-se a educação em diabetes fundamental para atingir esse objetivo.

**Palavras-chave:** Diabetes. Acompanhamento. Atenção Básica. Saúde da Família.

## ABSTRACT

The present work aimed to propose guidelines for the follow-up of diabetic patients of basic health Unit (BHU) from Jaci, in search of a better quality of assistance provided. It is observed, through my experience as a nurse and the Situational diagnosis of the family health program (PSF), a discontinuity in the follow-up of diabetic users, low treatment adherence, the nonexistence of a municipal Protocol to standardize care and to guarantee a resolution of the assistance. Is the theme chosen for the purpose of reflecting on the follow-up of diabetic users by the ESF of Jaci where diabetes multidisciplinary team approach contributes to offer the patient and/or community a broad vision of the problem, giving them motivation to adopt changes in life habits and treatment adherence. This study was conducted through a bibliographical survey corresponding to the period from 2000 to 2013 with scientific articles conducted searches in the databases of SciELO, LILACS, as well as in the manuals of the Brazilian society of Diabetes, Notebooks of the basic attention of the Ministry of health, as well as research on specific sites, such as the Department of primary health care and the Virtual Health Library. To this end, the following descriptors were used: diabetes, monitoring, basic care, family health. Therefore, the proposed guidelines for the monitoring of diabetics of the PSF Jaci are necessary to ensure that the team can develop a comprehensive assistance and Humanized, considering the essential diabetes education to achieve this goal.

**Keywords:** Diabetes. Monitoring. Primary Care. Family Health.

## **LISTRA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
DM	Diabetes Mellitus
DML	Depósito de Matérias de Limpeza
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TOTG	Teste Oral de Tolerância a Glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissível

## SÚMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>16</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Como enfermeiro do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), tenho como algumas atribuições determinadas pelo Ministério da Saúde (MS), fornecer o suporte e fortalecer a Atenção Básica no município de Candeias-MG. Nesse cenário, pude observar com minha vivência e baseando no diagnóstico situacional realizado por ocasião do Módulo de Planejamento e Avaliação das ações de saúde (FARIA *et al.*, 2010), no Programa de Saúde da Família (PSF) do Jaci, Candeias, uma descontinuidade no acompanhamento dos usuários diabéticos, baixa adesão ao tratamento, a não existência de um protocolo municipal para padronizar o atendimento e a garantia de uma resolubilidade da assistência prestada.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o tratamento básico e o controle da doença consistem, primordialmente, na utilização de uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, atividade física regular e no uso adequado de medicação. Entretanto, a adesão a esse tratamento exige comportamentos de alguma complexidade que devem ser integrados na rotina diária do portador de Diabetes Mellitus (DM) (BRASIL, 2002).

O diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde pública mundial, independentemente do grau de desenvolvimento do país, tanto em termos de número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações; é a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crônicas mais frequentes (TORRES, 2009).

O diabetes ocasiona transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravamento em longo prazo. As mudanças que ocorrem provocam rupturas no modo de viver, exigindo dos indivíduos modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenhavam, enfim, mudanças que exigem uma nova reestruturação em suas vidas. Muitos são os fatores etiológicos que podem predispor ao diabetes, entre eles podemos encontrar: a predisposição genética, fatores ambientais (alimentação e estresse) e o sedentarismo.

O controle do diabetes mellitus, entre outras doenças, está incluído nas áreas estratégicas de atuação da atenção primária à 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, 2006 b).

O presente trabalho tem por objetivo propor diretrizes para o acompanhamento dos pacientes diabéticos da UBS do Jaci, busca de uma melhor qualidade da assistência prestada.

## 2 JUSTIFICATIVA

A prevalência de diabetes, no Brasil, semelhante à dos vários países desenvolvidos, em indivíduos entre 30 e 70 anos de idade é de 7,6%. A prevalência varia de 2,6% para o grupo etário de 30 a 49 anos a 17,4% para o grupo de 60 a 69 anos, sendo que 90% são do tipo 2.5 a 10% do tipo 1 e 2% do tipo secundário ou associado a outras síndromes (MINAS GERAIS, 2006). No Brasil, 12 milhões de pessoas têm diabetes, segundo estimativa da Sociedade Brasileira de Diabetes, sendo que cerca de 90% dos casos correspondem ao tipo 2 da doença (SBD, 2012).

Justifica-se o tema escolhido com o propósito de refletir sobre o acompanhamento dos usuários diabéticos pela ESF do Jaci onde a abordagem do diabetes pela equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e/ou comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotar mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento.

No PSF do Jaci, 25% dos diabéticos desconhecem o diagnóstico e 40% dos usuários diabéticos não fazem nenhum tratamento, onde pude observar no meu dia a dia, uma descontinuidade no acompanhamento dos usuários diabéticos, baixa a adesão ao tratamento, a não existência de um protocolo municipal para padronizar o atendimento e a garantia de uma resolubilidade da assistência prestada, conforme mencionado anteriormente.

O problema selecionado pela equipe foi: “A Baixa adesão ao tratamento dos diabéticos, sedentários e obesos, na área de abrangência do PSF Jaci. Para descrição do problema priorizado, a equipe do PSF Jaci utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados a baixa adesão dos diabéticos ao tratamento (número de diabéticos, tabagistas, sedentários, etc.), da ação da equipe frente a esses problemas (controle, acompanhamento) e também indicadores que podem nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações, óbitos).

Nota-se que a capacidade de enfrentamento da equipe é parcial, não dependendo apenas da equipe, mas também dos usuários diabéticos. Entretanto, a equipe acredita que não deve ficar passiva, esperando uma solução. Pretende analisar o caso para a melhoria da qualidade devida

dos diabéticos da área de abrangência do PSF. Os descritores do problema encontram-se no quadro abaixo:

**Quadro 1.** Números de diabéticos cadastrados na UBS do Jaci.

<b>Descritores do Problema: Baixa adesão ao tratamento dos diabéticos.</b>		
<b>Descritores</b>	<b>Número</b>	<b>Fonte</b>
<b>Diabéticos cadastrados</b>	94	SIAB
<b>Diabéticos confirmados</b>	94	Registro da equipe
<b>Diabéticos acompanhados</b>	31	Registro da equipe
<b>Diabéticos controlados</b>	41	Registro da equipe
<b>Obesos</b>	52	Registro da equipe
<b>Sedentários</b>	36	Registro da equipe
<b>Tabagistas</b>	17	Registro da equipe
<b>Portadores de dislipidemia</b>	15	Registro da equipe
<b>Complicações de problemas cardiovasculares</b>	08	Registro da equipe
<b>Internações por complicações do diabetes</b>	04	Registro da equipe
<b>Óbitos</b>	02	Registro da equipe

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), mês de outubro, 2012.

## 2.1 Território

Candeias encontra-se localizada na região do Campo das Vertentes do Estado de Minas Gerais, sendo um município de pequeno porte, contando com uma área geográfica de 720,512 quilômetros quadrados e com uma população de 16.280 habitantes. O município possui como principal atividade econômica a agropecuária, tendo renda anual per capita de 7.598,16 reais. Candeias está localizada acerca de 220 km da capital mineira, possui clima agradável, com temperatura média anual de 23°C, altitude média de 800 m (PREFEITURA MUNICIPAL DE CANDEIAS, 2012).

Relativo à vegetação, predomina a característica de cerrado, com vegetação rasteira e árvores com galhos tortuosos. Com relação aos recursos hídricos, a cidade é cortada por dois córregos, sendo eles o Vinhático e o Maçaranduba. O fornecimento de água na zona urbana fica a cargo da Companhia de Saneamento do Estado de Minas Gerais – COPASA-MG, sendo que, de um total de 4.316 famílias no município, 70,62% recebem água pela rede pública, 29,32% possuem poço ou nascente em suas residências e 0,06% adquirem água por

outros meios. Quanto ao destino dado às fezes e urina, 70,56% da população fazem uso do sistema de esgoto 26,43% destinam seus dejetos à fossa e 3,01% deixam os mesmos a céu aberto. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CANDEIAS, 2012).

No que diz respeito ao destino do lixo, para 72,27% das famílias a coleta é pública, seguida por 25,01% que queimam ou enterram, nas próprias residências, seguido por 2,86% que o destinam a céu aberto. Após coleta urbana, tal lixo é levado para uma usina de reciclagem, sendo os materiais não reaproveitados enterrados em valas construídas para tal fim. Com relação ao tipo de casa, 99,92% das famílias possuem casa de tijolo ou adobe e 0,02% casa de taipa revestida. Quanto ao fornecimento de energia 99,92% possui energia elétrica e 5,20% não a possui (PREFEITURA MUNICIPAL DE CANDEIAS, 2012).

## **2.2 Unidade de Saúde da Família do Jaci**

A unidade de saúde da família do Jaci foi inaugurada há 1 ano, situada a rua Coronel João Afonso, 90, próximo ao centro do município de Candeias. O PSF Jaci tem uma população de 2.628 pessoas e 911 famílias cadastradas, divide-se em quatro microáreas. Trata-se de unidade de saúde da família (ESF) nova e baseada no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), está em boa localização e considerando a população coberta e área fora de abrangência a que dá assistência o local torna-se um bom instrumento na realização no processo de saúde.

A área física contém recepção, dois banheiros da recepção, sala de vacina, sala de dispensação medicamentos básicos, sala de acolhimento, sala de curativo, sala do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sala de cuidados básicos, sala de escovário, sala do médico, sala do dentista, sala de observação, sala da enfermeira, sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sala de esterilização/ expurgo, dois banheiros para funcionários, sala de impressos, sala de Depósito de Material de Limpeza (DML), cozinha.

A característica de destaque da comunidade é a visão curativa, pois ela coloca o médico como o centro das atenções; os usuários preferem uma receita do medicamento ao invés de uma palestra, curso, etc. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CANDEIAS, 2012).

### **3 OBJETIVOS**

Propor um plano de ações para o acompanhamento dos usuários diabéticos pela estratégia saúde da família, em busca de uma melhor qualidade da assistência prestada.

Propor uma forma de organização para assistir os usuários diabéticos com mais humanização e integralidade na unidade básica de saúde.

### 3 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico tendo como recorte temporal o período de 2000 à 2013, utilizando da revisão narrativa como orientadora do estudo que, segundo Cordeiro *et al.*(2007) apresenta uma temática mais aberta e 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. Estes foram artigos científicos levantados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO) e na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) bem como 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. Foram utilizados os seguintes descritores: Diabetes, Acompanhamento, Atenção Básica e Saúde da Família.

## **4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1 A Estratégia Saúde da Família**

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de atenção à saúde eficiente para fazer face a diversos desafios. As diretrizes que norteiam a Estratégia Saúde da Família permitem maior aproximação e interação dos profissionais e usuários, facilitando o estabelecimento da confiança, comunicação e vínculo, de maneira tal que ambos encontrem melhores soluções que atendam às necessidades dos usuários e da comunidade (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

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 a reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, Integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. (BRASIL, 2006a, p. 11.).

Compete ao profissional da Estratégia Saúde da Família identificar os fatores facilitadores e dificultadores à adesão para a autoaplicação da insulina, para, assim, planejar adequadamente os métodos a serem utilizados para o aprendizado desses usuários, pois os fatores sócio-demográficos e clínicos têm relação com a incapacidade funcional da doença, podendo, desta maneira, interferir nas habilidades individuais para a adesão ao autocuidado (DELAMATER, 2006).

### **5.2 O Diabetes Mellitus**

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006a).

#### **Tipos de diabetes (classificação etiológica)**



Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal. Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (BRASIL, 2006a).

### **Diabetes tipo 1**

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune, que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças autoimunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático). O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos. Esse último tipo de diabetes, embora assemelhando-se clinicamente ao diabetes tipo 1 autoimune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA (BRASIL, 2006a).

### **Diabetes tipo 2**

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central

de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso (BRASIL, 2006a).

### **Diabetes Gestacional**

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. Seu diagnóstico é controverso. A OMS recomenda detectá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicativos de diabetes ou de tolerância à glicose diminuída. 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 responsabilidade da equipe de atenção básica (BRASIL, 2006a).

### **5.3 Diagnóstico do Diabetes Mellitus**

O diagnóstico correto e precoce do diabetes mellitus e das alterações da tolerância à glicose é extremamente importante porque permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o aparecimento das complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes. O diagnóstico do diabetes baseia-se fundamentalmente nas alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral (ADA, 2001).

A medida da glico-hemoglobina não apresenta acurácia diagnóstica adequada e não deve ser utilizada para o diagnóstico de diabetes. Os critérios diagnósticos baseiam-se na glicose plasmática de jejum (8 horas), nos pontos de jejum e de 2h após sobrecarga oral de 75g de glicose (TOTG) e na medida da glicose plasmática casual, conforme descrição na tabela 1 (ADA, 2001).

**Tabela 1.** Diagnóstico do diabetes mellitus e alterações da tolerância à glicose de acordo com valores de glicose plasmática (mg/dl).

CATEGORIA	Jejum	TOTG 75g – 2h	Casual
Normal	<110	<140	
Glicose plasmática de jejum alterada	≥ 110 e <126		
Tolerância à glicose diminuída	<126	≥ 140 e <200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas
Diabetes gestacional	≥ 110	≥ 140	

FONTE: Associação Americana de Diabetes, 2001.

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorrendo então a partir de fatores de risco para o diabetes (BRASIL, 2006a).

#### 5.4 Rastreamento do Diabetes Mellitus

Deve haver uma clara distinção entre rastreamento e diagnóstico de doenças. Quando um indivíduo exhibe sinais e sintomas de uma doença e um teste diagnóstico é realizado, este não representa um rastreamento. A equipe de saúde deve estar sempre vigilante em identificar apresentação clínica na população sob seus cuidados e deve realizar os exames sempre que surjam sintomas nas pessoas sob seus cuidados, ou seja, realizar os exames necessários de a clínica apresentada pelo paciente. Isso não configura rastreamento, mas sim cuidado e diagnóstico apropriado (ENGELGAU, 2000).

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença e algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior

risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável (BRASIL, 2006a).

No rastreamento, exames ou testes são aplicados em pessoas saudáveis, o que implica, repetimos e enfatizamos, garantia de benefícios relevantes frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção. Tanto o rastreamento como, diagnóstico podem ser usados vários métodos e exames (por exemplo, questionários, aparelhos portáteis para medir marcadores sanguíneos, como a glicose, colesterol, exames de laboratório etc.), assim como vários limiares ou pontos de corte para designar a condição (ENGELGAU, 2000).

### **5.5 Tratamento do Diabetes Mellitus**

O tratamento para diabetes pode ser feito com a tomada de insulina, hipoglicemiantes orais, uma dieta adequada orientada por um nutricionista e atividade física regular, mas existem outras medidas que podem ajudar no controle da glicemia (WEINERT *et al.*, 2013).

**Tratamento medicamentoso para diabetes tipo 1:** Deve ser feito com a toma de insulina diariamente, que pode ser injetada de 2 a 3 vezes por dia ou através do uso de uma bomba infusora de insulina que vai liberando o medicamento na corrente sanguínea aos poucos durante o dia. O objetivo do tratamento é controlar os níveis de açúcar no sangue evitando os picos de hipoglicemia e hiperglicemia (WEINERT *et al.*, 2013).

**Tratamento medicamentoso para diabetes tipo 2:** Pode ser feito com a tomada de remédios anti obesidade e agentes orais, como a metformina, sulfonilureias, glinidas, tiazolidinedionas, inibidores da alfa-glicosidase, e os mais recentes: incretinomiméticos e amilnomiméticos que ajudam a controlar a produção e a secreção de insulina pelo pâncreas (WEINERT *et al.*, 2013).

Geralmente, inicia-se o tratamento utilizando somente 1 destes medicamentos, e depois o médico avalia a necessidade da combinação de outros, mas é comum que na 3ª idade, o indivíduo tenha que tomar mais de 2 medicamentos para controlar a diabetes tipo 2.

**Tratamento nutricional para diabetes** O tratamento nutricional para diabetes deve ser feito com uma dieta equilibrada, orientada pelo nutricionista ou nutrólogo, respeitando a idade e o estilo de vida do indivíduo. Recomendações gerais da dieta para diabetes são:

Fazer seis refeições por dia, sempre de 3 em 3 horas;

- Dar preferência ao consumo de alimentos com baixo índice glicêmico;
- Beber bastante água;
- Evitar os carboidratos simples e todo tipo de açúcar e adoçante (WEINERT *et al.*, 2013).

### **5.6 Fatores para a não adesão ao tratamento**

A não adesão dos pacientes ao tratamento do diabetes apresenta-se por inúmeros fatores. Pacientes que possuem baixa escolaridade ou que não a possuem são mais propensos a negar ou não procurar o tratamento da doença, uma vez que podem não possuir suporte para realização do mesmo. Um estudo feito pela Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada da análise de (BENCHIMOL e SEIXAS, 2006), eles ressaltam que é difícil detectar a não adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Dados desses autores mostram que entre 40 e 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso dos medicamentos prescritos. Isso mostra que os pacientes com diabetes não conservam o tratamento por muito tempo, uma vez que, interrompem o uso dos medicamentos ou pela falta dos remédios ou pela negligência com os horários, fazem uso de álcool e cigarro e não realizam atividades físicas.

### **5.7 Consequências para os pacientes diabéticos que não fazem o tratamento corretamente.**

Segundo a OMS (2003), é necessário reforçar a importância do reconhecimento do caráter pandêmico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) a obrigação da tomada de ações imediatas para combatê-las, uma vez que essas doenças são as principais causas de mortes no mundo. Além disso, têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, com aumento das iniquidades e da pobreza.

Dados estatísticos revelam que as hipoglicemias iatrogênicas acometem até 90% dos diabéticos tratados com insulino terapia. Estudos avaliando os exercícios nos DM1 relataram que é eminente

o risco de hipoglicemia durante o exercício devido ao bloqueio dos estoques de glicogênio em presença de insulina exógena e, ainda, dos episódios de hipoglicemia associados a exercícios 10% a 20% são encontrados na população pediátrica, os quais são geralmente maiores em intensidade, duração e frequência (RAMALHO, 2008).

As consequências do diabetes no sistema de saúde, considerando-se, tão somente, seus aspectos clínicos, refletem apenas uma fração dos prejuízos causados aos indivíduos, suas famílias e à sociedade. Além dos custos diretos da doença, devem ser observados os custos indiretos para a sociedade e para o indivíduo, tais como: morte prematura, incapacidade, absenteísmo, a diminuição do retorno da educação oferecida ao indivíduo, diminuição da renda do chefe de uma família, aumento de aposentadorias precoces e desemprego (SBD, 2012).

A elevação crônica da glicemia pode levar o paciente a sérias complicações como: retinopatia, nefropatia e neuropatia. Isso frequentemente afeta pequenos vasos provocando alterações microvasculares que podem evoluir a uma vasculopatia, levando a úlceras distais e gangrena, contribuindo para cerca de 40% de amputações menos traumáticas de membro (HANSEL e DINTZIS, 2007).

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

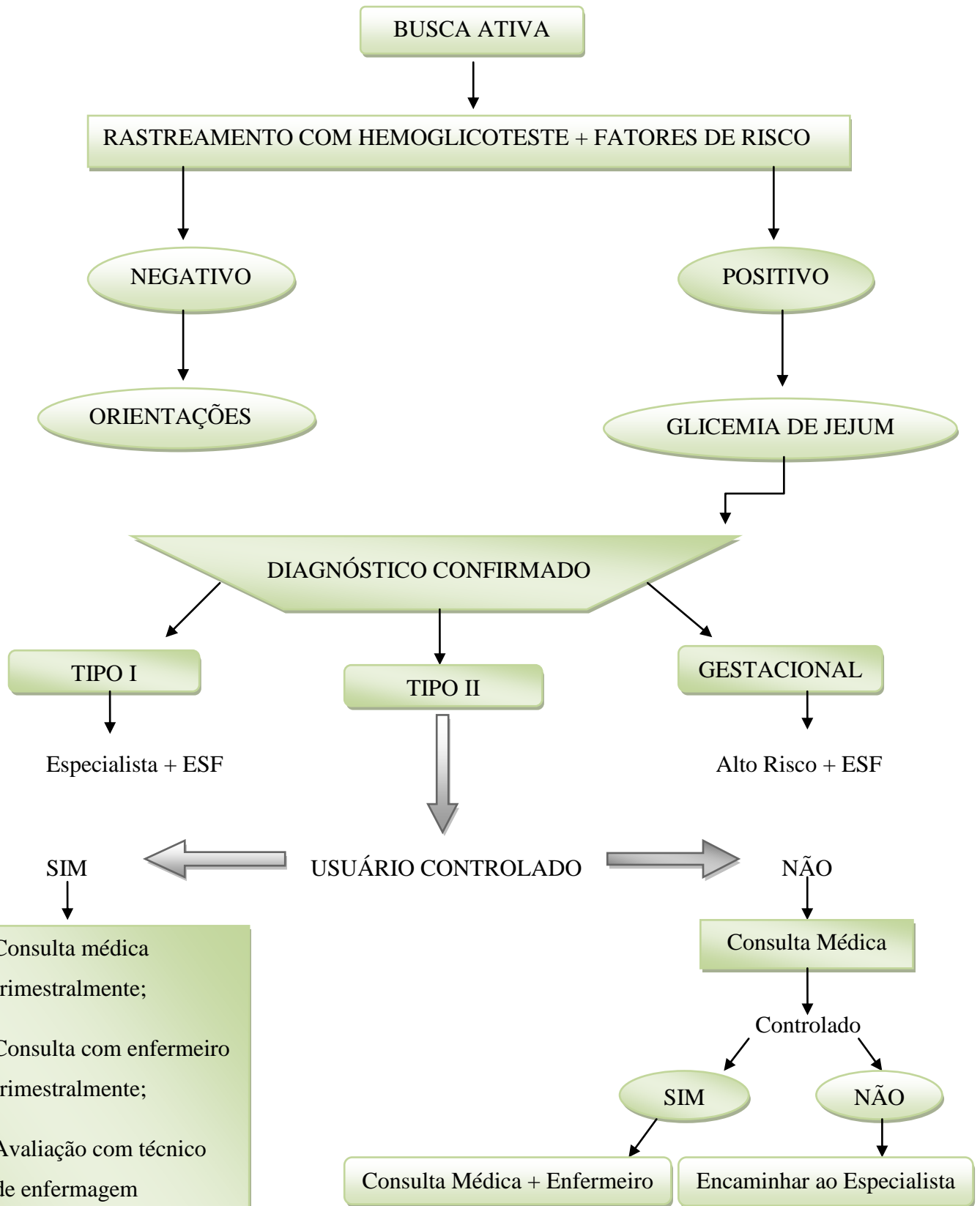
A construção de um protocolo baseado nesse acompanhamento é necessária para a organização do processo de trabalho: tanto o protocolo clínico quanto o protocolo de organização dos serviços. De acordo com Faria *et al.* (2008), os protocolos são considerados importantes estratégias para o enfrentamento de diversos problemas de saúde e são importantes instrumentos auxiliares nos processos de organização dos serviços e na padronização da atenção. A proposta a seguir é uma das formas de acompanhamento do usuário com diabetes.

- Realizar busca ativa em todo território de abrangência;
- Fazer um levantamento e rastrear todos os pacientes da área de abrangência da UBS, priorizando os que apresentam os fatores de risco com realização da glicemia de jejum;
- Fazer o cadastro de todos os diabéticos confirmados no programa do HIPERDIA e fazer o planejamento das ações;
- Fazer o agendamento de consultas de enfermagem para pacientes cadastrados, considerando as seis consultas pacientes/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;
- Fazer o agendamento de consultas médica para pacientes cadastrados, 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 e compartilhamentos com demais níveis de atenção no município e fora do município quando necessário e, assegurar o retorno do paciente à unidade de origem;
- Realizar atividades de educação em saúde (palestras, oficinas, etc.), incluída no plano de cuidados, considerando os seis encontros para cada paciente/ano;

- Fazer com que todos os pacientes tenham o seu plano de cuidados de forma individual e coletivo, enfatizando a participação ativa do usuário e da equipe multiprofissional. (LATTANZI, 2011).



**6.1 Fluxograma recomendado para a Unidade de Saúde da Família do Jaci.**



- Consulta médica trimestralmente;
- Consulta com enfermeiro trimestralmente;
- Avaliação com técnico de enfermagem mensalmente;
- Uma visita domiciliária do Agente Comunitário de Saúde;

## **6.2 Explicação do Fluxograma**

O acompanhamento iniciará pela busca ativa do usuário que será encaminhado à UBS para a realização do rastreamento com o exame de glicemia capilar e identificação de fatores de risco. Em caso negativo para o Diabetes Mellitus, o usuário receberá orientações em relação à sua saúde; mas 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 do município 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 em que o usuário seja 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. Caso confirmado, 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 do município.

## **6.3 Educação em saúde para pacientes diabéticos**

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).

O enfoque da abordagem educativa deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, para além dos processos cognitivos. Enfim, é fundamental que a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência dos pacientes, pois, muitas vezes, as informações em saúde são fornecidas de maneira vertical, sem permitir maior participação dos pacientes e sem considerar o que esses já sabem e o que desejariam saber. Nesse enfoque, almeja-se transformar o sujeito que assume uma posição *passiva* na condução de seu tratamento em um indivíduo participativo (FERRAZ *et al.* 2000).

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, em que a quantidade de consultas de enfermagem que 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 medicas por paciente diabético a cada ano na atenção básica, e está inclusa nessas consultas as realizações da confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis co-morbidades, 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).

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

Todos os 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, 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).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Baseado no estudo realizado pode-se afirmar que a não adesão ao tratamento é um fator prejudicial para atingir o controle glicêmico dos pacientes diabéticos. Portanto, as diretrizes propostas para o acompanhamento dos diabéticos do PSF Jaci se fazem necessárias para que a equipe possa desenvolver uma assistência integral e humanizada, sem esquecer que a educação em diabetes é a peça chave para atingir esse objetivo.

Compartilhar experiências através de programas educativos, adquirindo um maior nível de informação, ajuda no processo de enfrentamento do diabetes, aumentando a adesão ao tratamento, diminuindo o risco de desenvolver complicações e melhorando a qualidade de vida desses pacientes, além da diminuição dos gastos excessivos em saúde. A adesão ao tratamento é uma ferramenta fundamental para o gerenciamento de doenças crônicas.

Os benefícios do acompanhamento e adesão ao tratamento aos diabéticos se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. O paciente passa a ter a sua condição controlada, podendo, na maioria das vezes, manter uma vida normal e economicamente ativa; a família pode se dedicar a outras atividades, minimizando a sobrecarga do seu papel de cuidadora; o sistema de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade dos cidadãos.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Gestational diabetes mellitus. Clinical Practice Recommendations 2001. **Diabetes Care**. v.24, (suppl 1), p. 77-9, **2001**
- BENCHIMOL, Dr. D.; SEIXAS, Lucia. **Diabetes: tudo o que você precisa saber**. Rio de Janeiro: Best Seller, 2006. 190 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Nº . Diabetes Mellitus**. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Informe Técnico 2002. [Acesso 18 mai.13]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Serie Pactos pela Saúde, v. 4 – 2006b.
- CHIESA. A. M., VERÍSSIMO. M. D. R., **A educação em saúde na prática do PSF**. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo/Ministério da Saúde, organizadores. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 34-42.
- CORDEIRO, A. M; OLIVEIRA, M. G; RENTERIA, M, J; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: Uma Revisão Narrativa **Comunicação Científica** v.34 , n.6, Nov./Dez. 2007.
- DELAMATER. A. M., Improving patient adherence. **ClinDiabet** v.2, p. 71-7, 2006;
- ENGELGAU, M.; NARAYAN, K.; HERMAN, W. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care, United States**, v. 23, n. 10, p. 1563-1580, Oct. 2000.
- FARIA *et.al.* **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde** 2 ed.- Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.
- FARIA *et.al.* *Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2008.
- FERRAZ, A. M; ZANETTI, M. L; BRANDÃO, E. C. M; LÍDIA, C. R; MILTON, C.F; GLÓRIA, M. G. F. P; FRANCISCO, J. A. P; LEONOR, M. F. B. G; RENAN, M. J. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. Medicina. 2000. abril-junho; 33:170-75.
- HANSEL, D. E.; DINTZIS, R. Z. **Fundamento de Patologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2007. p.685- 686.

LATTANZI, T. M. P. **Diretrizes para o acompanhamento dos usuários diabéticos na estratégia saúde da família.** Monografia, Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto:** hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198p.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Adherence to long-term therapies- evidence for action, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANDEIAS. Secretaria Municipal de saúde. Candeias, 2012. [Acesso 10 out. 12]. Disponível em: <http://www.candeias.mg.gov.br>

RAMALHO, A. C. R.; SOARES, S. O papel do exercício no tratamento do Diabetes Mellitus tipo 1. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, v.52, n.2, p.260-267, 2008.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Fórum Prevalência de Diabetes Mellitus, no Brasil. 2012.

TORRES, Heloisa de Carvalho et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 43, n. 2, abr. 2009.

WEINERT LS; CAMARGO EG; SILVEIRO SP. Tratamento medicamentoso da hiperglicemia no diabetes mellitus tipo 2. 2013. [Acesso em jun. 2013]. Disponível em: <http://www.tuasaude.com.br>.