

**TÍTULO: IMPLANTAÇÃO DO ATENDIMENTO INTEGRAL À PESSOA COM DIABETES MELLITUS, NO POSTO DE SAÚDE DE PSF DE MAILASQUI, MUNICÍPIO SÃO ROQUE, SÃO PAULO.**

**AUTOR: SERGIO BERTAMI RAMOS.  
ORIENTADORA: LIA LIKIER STEINBERG.**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DE BRASIL.  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÃO PAULO 2016**

## **1. INTRODUÇÃO**

No Brasil, a partir da década de 60, ocorreram várias transformações políticas, sociais e econômicas que determinaram transformações demográficas, as quais são concomitantes a essas transformações demográficas, epidemiológicas que se constituem em mudanças da alta incidência pela morbidade das doenças crônicas não transmissíveis, em especial as cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças mentais e Diabetes Mellitus (DM), razão deste projeto. 1 Os hábitos de vida dos brasileiros sofreram uma profunda mudança nos últimos anos, que estão provocando o aumento de doenças crônicas como o diabetes, o qual vem aumentando 40% nos últimos anos.<sup>2</sup>

Devido a essas circunstâncias, a Organização Panamericana de Saúde<sup>3</sup> refere que o aumento gradual da população de idosos e a maior incidência das doenças crônicas representam carga adicional ao sistema de saúde.

A Diabetes Mellitus (DM)<sup>4</sup>, é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que são produzidas no pâncreas, pelas chamadas células betas. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta, portanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia. Sabemos hoje que diversas condições que podem levar ao diabetes, porém a grande maioria dos casos está dividida em dois grupos: Diabetes Tipo um e Diabetes Tipo dois.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivos gerais:**

Melhorar o cuidado integral e controle do Diabetes Mellitus na população, no posto de saúde de PSF de Mailasqui, Município São Roque, São Paulo.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Implantar um protocolo para o atendimento dos pacientes com diabetes Mellitus.
- Facilitar o controle e o seguimento dos pacientes com Diabetes mellitus.
- Propor um plano individual de cuidados e acompanhamento dos pacientes com diabetes mellitus.
- Aumentar adesão ao tratamento medicamentoso.
- Evitar complicações de saúde, o uso da insulina e a poli farmácia, nos pacientes, com uma dieta saudável, a atividade física regular, a manutenção de um peso corporal adequado, e evitar o consumo de tabaco – medidas que podem prevenir a diabetes de tipo II o retardar sua aparição.

## **3. Metodologia.**

### 3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Pacientes com Diabetes Mellitus atendidos na Unidade de Saúde (PSF) do Barrio de Mailasqui no município de São Roque SP.

### 3.2 Cenários da intervenção:

O projeto de intervenção será realizado na unidade de (PSF) do bairro Mailasqui, na cidade de São Roque, um município do Estado de São Paulo. O município pertence ao interior do Estado e de características montanhosas, com população estimada, em 2010, de 10.713 habitantes. Em 2016, a Estratégia Saúde da Família (ESF) possui 2.689 famílias cadastradas no sistema de atendimento. O projeto será realizado a partir do ano de 2016.

### 3.3 Estratégias e ações:

A estratégia é dirigida na primeira linha na organização de um dia da semana, previamente programado, o médico da (ESF), atenderá somente pacientes com diabetes mellitus. O primeiro atendimento desses pacientes será em consultas de 30 minutos, onde serão abordados diversos aspectos que estão contemplados no formulário de primeiro atendimento (Apêndice A). Esse formulário de primeira consulta consiste em uma anamnese completa junto com um exame físico completo, exames laboratoriais e medicações em uso.

Através dele, será realizada a estratificação da doença e de risco do paciente e conforme aos dados encontrados com cada paciente será estabelecida uma rotina de atendimento para cada caso.

É importante à classificação dos pacientes diabéticos com Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e com resistência da insulina, para começar seguem cada caso um programa de modificação dos hábitos de vida e alimentares através de orientações médicas. Para os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1, serão atendidos individualmente três vezes no ano pelo médico, após a consulta serão realizados, durante o ano, dois atendimentos coletivos de enfermagem, um atendimento individual de enfermagem, uma consulta de enfermagem e uma orientação médica coletiva, avaliações de exames laboratoriais uma ou duas vezes por ano seguem fique o estado de saúde do paciente em compensado ou descompensado mais as avaliações da glicose em casa pelo glicômetro.

Para os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 serão atendidos individualmente duas vezes no ano pelo médico, e entre essas consultas médicas o paciente também realizará atendimento coletivo da enfermagem duas vezes no ano e uma consulta de enfermagem, com a finalidade de manter um melhor controle da dosagem da medicação e valores da glicemia com o regime alimentar para evitar descompensação que possa levar ao paciente a sofrer complicações tais como Nefropatias, cegueira, amputação e invalidez etc. e o uso da insulina como último recurso farmacológico.

Após essa primeira consulta e a estratificação e classificação das doenças da diabetes Mellitus, esses pacientes continuarão em seguimento no PSF através de cheque-o dos valores de glicose e um formulário de evolução (Apêndice B), que possui uma anamnese e um exame físico dirigido. Essas consultas de evolução terão um tempo menos de atendimento por serem mais dirigidas.

Contaremos com as visitas dos agentes comunitários para manter um seguimento do paciente em casa, onde ele avaliara as condições subjetivas do paciente, além que possa precisar avaliações domiciliares ou apoio integral das autoridades e pessoal do posto de saúde.

É importante conhecer que nosso formulário será anotados os dados sobre pertinentes sobre a evolução do paciente como as intercorrências ocorridas, queixas apresentadas, exames realizados, observância das orientações, o exame físico do paciente (ausculta cardíaca e respiratória, glicemia capilar, medidas de pressão arterial e avaliação de extremidades), as medicações em uso e dose. Anotar também se o paciente está usando-as de maneira correta (dosagem e regime alimentar), peso, estatura, se o paciente está com uma alimentação adequada e se está realizando atividades físicas.

### 3.4. Avaliação e monitoramento

Com todas estas informações colidas pela pessoa do posto através dos formulários e os controles das agentes comunitários têm uma alta porcentagem de êxito na prevenção das doenças secundárias pela Diabetes mellitus e melhora nos exames laboratoriais da população atendida. Também fazer ações de acordo com o objetivo de melhorar o cuidado integral. aumentando a pesquisa de pessoas sem diagnóstico, fazendo curva glicêmica nos pacientes com glicemia de 100 a 125 em jejum. Realizar busca ativa dos diabéticos cadastrados que não fazem avaliação médica ou de enfermagem há mais de um ano. Sendo muito importante a avaliação e tratamento dos fatores de risco cardiovascular, como visitar à domicílio por la enfermagem e farmácia aos dependentes de insulina conversando sobre a aplicação de medicação e descarte de seringa. Tendo como primícia o diagnóstico e tratamento precoce das complicações pela diabetes.

### 4. Resultados Esperados.

Espera-se que fossem possíveis aos diabéticos complementares seus conhecimentos sobre os diversos aspectos do diabetes mellitus, favorecendo o desenvolvimento de atitudes de autocuidado e autocontrole com sua saúde. Reconhecer que a educação em saúde tem um papel importante no tratamento e controle das

doenças crônicas. Através de este o paciente pode sentir-se mais seguro e enfrentar melhor sua enfermidade, procurando adequar sua vida as necessidades advindas do tratamento, da forma menos traumática possível, Com isso haverá menos complicações como doença arterial coronariana, insuficiência renal crônica, doença vascular de extremidades, doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca, invalidez, cegueira, ocasionando menores custos ao sistema de saúde (SUS).

## Referencias bibliografia.

- Laurenti R, Fonseca LAM, Costa Jr ML. Questão demográfica e a transição epidemiológica. In: 1990 sets; campinas. Campinas: unicamp; 1990. P. 143-165.
- Ministério da saúde, Portal Brasil. Disponível no portal web: [www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br); 2016.
- Organização Pan Americana de Saúde. Las condiciones de salud en las Américas. Washington;1994. (OPAS-publicação científicas, 549).
- Sociedade Brasileira de endocrinologia e metabologia, SBEM; Portal web [www.endocrino.org.br](http://www.endocrino.org.br) 2016.
- Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. Lancet, 2011, 378 (9785):31–40.
- Organización mundial da la salud, Nota descriptiva N°312; Noviembre de 2014.
- DATASUS. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br>>.
- Sociedade Brasileira de Diabetes, no seite; <http://www.diabetes.org.br/o-que-e-diabetes>, 2016.
- Ministério da saúde (BR). Diabetes mellitus; informe técnico. Brasília; 1993.
- Manual de Nutrição Pessoa com Diabetes. Sociedade Brasileira de endocrinologia e metabologia; São Paulo SP, 2009.
- CENEPI Estudo multicêntrico sobre prevalência do diabetes mellitus no Brasil. Inf Epidemiol SUS 1992; 1(3): 45-73.
- World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: Technical Report Series 916, 2003.
- Tanasescu M, Cho E, Manson JE, Hu FB. Dietary fat and cholesterol and the risk of cardiovascular disease among women with type 2 diabetes. Am J Clin Nutr. 2004; 79: 999-1005.
- American Diabetes Association (ADA).

## Apêndice A

Formulário de Primeiro Atendimento medica

NOME: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Gr. Étnico (Pr) (B) (M) (A)  
Natural: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
HPMA: € Hipertensão Arterial desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Diabetes Mellitus € Não € Sim desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Como tem se cuidado após o conhecimento da(s) doença(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GERAL € emagrecimento € ganho de peso \_\_\_\_\_  
€ fraqueza € Anemia? \_\_\_\_\_  
OFTALMOLÓGICO: € Normal € Comprometida (explique) \_\_\_\_\_  
NEUROLÓGICO € cefaléia € tontura \_\_\_\_\_  
€ convulsões € parestesias \_\_\_\_\_  
€ Neuropatia periférica/autônômica \_\_\_\_\_  
CARDIOVASCULAR € dispnéia € palpitações \_\_\_\_\_  
€ elevação do decúbito € angina \_\_\_\_\_

€ IM € ICC (classe funcional) \_\_\_\_\_  
RESPIRATÓRIO € bronquite/asma \_\_\_\_\_  
€ tosse € expectoração \_\_\_\_\_  
DIGESTIVO € diarreia € obstipação \_\_\_\_\_  
€ hematemese € melena \_\_\_\_\_  
RENAL € alterações urinárias € nictúria \_\_\_\_\_  
€ hematúria € cólica renal € ITU \_\_\_\_\_  
€ edema € nefrite progressiva \_\_\_\_\_  
ENDOCRINOLÓGICO € polis € tireóide \_\_\_\_\_  
€ Já fez avaliação tireoidiana? \_\_\_\_\_  
€ FEO (cefaléia, crise, taquicardia) \_\_\_\_\_  
REPRODUTOR € menarca € menopausa \_\_\_\_\_  
€ ciclos menstruais € G P A \_\_\_\_\_  
€ impotência (uso de Viagra similares) \_\_\_\_\_  
€ anticoncepcional € TRH \_\_\_\_\_  
ANTECEDENTES PESSOAIS: \_\_\_\_\_  
ANTECEDENTES FAMILIARES: \_\_\_\_\_  
H A AVC IM ou morte  
súbita  
Diabetes Outras  
doenças e  
estado de  
saúde  
Pai € vivo € morto/causa  
Mãe € viva € morta/causa  
No. de irmãos :  
HÁBITOS: Fumante € não € sim No. cigarros/dia: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_ Álcool: \_\_\_\_\_  
Drogas ilícitas?: \_\_\_\_\_  
Exercícios Físicos regulares? € não € sim Tipo \_\_\_\_\_  
No. vezes/sem: \_\_\_\_\_ e tempo exercício cada vez: \_\_\_\_\_  
Trabalho diário não sedentário? Descrever: \_\_\_\_\_  
DIETA ATUAL: € livre € hipossódica € hipocalórica € hipoproteica  
MEDICAÇÃO EM USO (dose e frequência) \_\_\_\_\_  
Uso frequente de AINE? € não € sim descrever droga e frequência \_\_\_\_\_

Exame Físico (primeira consulta) e Programação do Acompanhamento

Peso: \_\_\_\_\_ Kg, Altura: \_\_\_\_\_ cm, Cálculo IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

, Circ. Abdominal: \_\_\_\_\_ cm, Circ.

Braquial (MSD): \_\_\_\_\_ cm se > 34 cm usar manguito grande

Mucosas: \_\_\_\_\_

Cabeça e pescoço: (estase jugular? tireóide?): \_\_\_\_\_

Ausculta cardíaca: (Rítmico? Sopros? B4? B3? A2?): \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: (MV, ESC/EC bases?): \_\_\_\_\_

Abdome: Visceromegalias? Fígado?: \_\_\_\_\_

Extremidades: Edema?: \_\_\_\_\_ Varizes?: \_\_\_\_\_

Fundo Olho- descrever Papilas, retinas, vasos

Pulsos periféricos (0-ausente, 1-diminuído, 2-normal):

Medida da Pressão Arterial: deve ser realizada após 5 minutos em “repouso” na posição sentada ou deitada (duas

medidas) e em pé (duas medidas). Observar intervalos de pelo menos 30 segundos entre o final de uma medida e o

início da próxima. Anotar o valor em múltiplos de 2 milímetros de mercúrio (p. ex. 154/98 mmHg e não 15/10). Utilizar

manguito adequado para a circunferência braquial (27 a 34 cm usar manguito adulto regular, > 34 cm usar manguito

adulto grande), dando preferência pelo MSD. O peso e as medidas da PA com esta técnica devem ser obtidos em todas

as visitas.

Exames Laboratoriais e complementares na primeira consulta e a cada ano:

€ Hemograma € Creatinina € ECG

€ Glicemia em jejum € Potássio € Rx Tórax

€ Colesterol total € Urina tipo I € Triglicérides

€ Ecocardiograma (em casos especiais) € HDL – colesterol € TSH (mulheres > 40 anos)

Síndrome Metabólica (3 ou mais dos seguintes critérios):

€ PA  $\geq$  130/85 mmHg

€ Circ. Abdominal  $\geq$  88 cm (mulheres) e  $\geq$  102 cm (homens)

€ Glicemia em jejum  $\geq$  110 mg/dL

€ Triglicérides  $\geq$  150 mg/dL

€ HDL – colesterol  $\leq$  50 mg/dL (mulheres)  $\leq$  40 mg/dL (homens)

Conclusões: Hipertensão Arterial (estágio): € 1 € 2 € 3 € Sistólica isolada

Presença de Síndrome metabólica? € Sim € Não

Presença de diabetes mellitus tipo 2? € Sim € Não

Risco cardiovascular: € RCV baixo (I) € RCV moderado (II) € RCV alto (III) €

RCV muito alto (IV)

Tratamento Proposto: € Orientação dietética € Orientação atividade física

€ Orientação uso correto medicação

Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Apêndice B

Formulário de evolução do paciente com Diabetes Mellitus:

Nome: \_\_\_\_\_ Pront. No. \_\_\_\_\_

Programa ( )HA ( )DM ( )HA e DM Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Intercorrências/queixas/exames realizados/observância das orientações: \_\_\_\_\_

Medicação Atual e Dose \_\_\_\_\_

(Ex. Metformina 850mg 1-0-1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Glicemia capilar: \_\_\_\_\_ mg/dL Peso \_\_\_\_\_ Kg

PA sentado \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm Ritmo cardíaco: \_\_\_\_\_

PA sentado \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Pulmões: \_\_\_\_\_

PA em pé \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm Extremidades: (edema?) \_\_\_\_\_

Condução: \_\_\_\_\_

Retorno: \_\_\_\_\_