

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA O
ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS
DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

2ª Revisão

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

2ª Revisão

Elaborado por:

- Ana Carolina Dias de Oliva (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira Residente em Saúde da Família, Doutora em Ciências da Saúde)
- Fabio José Soares (Enfermeiro, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família)
- Gleiciane Ferreira Silva (Enfermeira)
- Raquel Sousa Leite (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)
- Veridiana Martins (Enfermeira)
- Zaiane Miranda Silva (Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família)

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

2ª Revisão

Revisado Por:

- Ana Carolina Dias de Oliva (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)
- André Luis Ramos Leal (Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família, Mestrando em Saúde, Sociedade e Ambiente pela UFVJM)
- Aline Ribeiro Nepomuceno Mota (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira Residente em Saúde da Família, Doutora em Ciências da Saúde)
- Claudio Luis de Souza Santos (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)

Outubro / 2017

FICHA TÉCNICA

PREFEITO MUNICIPAL

Humberto Guimarães Souto

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Dulce Pimenta Gonçalves

ASSESSORIA EXECUTIVA

José Mendes da Silva

OUVIDORIA

Luciene Mussi França

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Shirley Ferreira de Sousa

DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Bruno Pinheiro de Carvalho

DIRETORIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE

Aloizio Pereira da Cunha

COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Outubro / 2017

LISTA DE FIGURAS E GRAFICOS

Figura 1 – Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais...	13
Figura 2 – Pirâmide etária de Montes Claros.....	14
Figura 3 – Comparação entre pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.....	14
Figura 4- Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2....	35

LISTA DE TABELA E FLUXOGRAMA

Tabela 1 Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros em 2010.....	14
Tabela 2 - Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva	23
Tabela 3 - Rede física (SUS) de Montes Claros	24
Tabela 4 - Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos.....	34
Fluxograma 1 –Fluxograma de Atendimento.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 01- O público-alvo para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos.....	51
Quadro 02- Estratificação de risco para a pessoa com DM	59
Quadro 03- Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção.....	60
Quadro 04- Parâmetros de Assistência para Usuários Diabetes	61
Quadro 05- Complicações da DM.....	62
Quadro 06- Exames Complementares para pessoa com DM.....	63
Quadro 07- Parâmetros de assistência para os usuários com <i>diabetes mellitus</i> , na Atenção Primária à Saúde.....	64
Quadro 08- Metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM tipo 1.....	66
Quadro 09- Medicações com autorização para renovação pelo enfermeiro em clientes compensados e após prescrição médica.....	68

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO	12
2.1- ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DESAÚDE	22
2.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	23
3. JUSTIFICATIVA.....	29
4. ASPECTOS LEGAIS.....	40
5 OBJETIVOS.....	48
6 METODOLOGIA	49
7 DESENVOLVIMENTO	50
7.1 CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES MELLITUS	50
7.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	54
7.2.1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.....	54
7.2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	56
7.2.3 PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA	57
7.2.4 IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....	58
7.2.5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO	58
7.3.EXTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	58
7.4 EXAMES COMPLEMENTARES.....	62
7.5 CONTROLE GLICÊMICO.....	64
7.6 TRATAMENTO NAO TERAPEUTICO.....	66
7.7 TRATAMENTO TERAPEUTICO.....	67
7.8 CRITÉRIOS DE RENOVAÇÃO DE RECEITA.....	68
7.9 ARMAZENAMENTO DE INSULINA	70
7.10 COMPLICAÇÕES AGUDAS DE DIABETES.....	73
7.11 HIPOGLICEMIA.....	73

7.12	
HIPERGLICEMIA.....	74
7.12 PÉ DIABÉTICO.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	84

RESUMO

O cuidado à saúde faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes da Estratégia Saúde da Família. É imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde municipais para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência. Daí, fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os seguintes objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; e (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente o da enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou 19 documentos publicados a partir de 2010, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Eletronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Fevereiro de 2017.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial ao imprimir uma nova concepção do processo de saúde-doença e ter como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde. Para tanto, é estabelecido como desafio uma mudança paradigmática, em que o foco do trabalho é transferido da doença para a saúde, que passa a ser compreendida, de forma mais ampla, como qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A organização da Estratégia Saúde da Família se dá pela constituição de equipes multiprofissionais formadas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que têm como ponto de apoio a unidade de saúde da família. Estas equipes devem ser as referências para o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e serem responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias que estão localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes têm como desafio a atuação nas ações de promoção, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde, visando uma maior resolubilidade, deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo e criando vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças, reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde, com atenção, no decorrer do tempo, às pessoas e não às doenças, organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos, tanto os básicos quanto os especializados, necessários para o enfrentamento de todas as condições

apresentadas pela pessoa, família e comunidade, representando assim, o eixo orientador do trabalho nos demais pontos da rede assistencial, visando à coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida por qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida e demonstrando o grande impacto positivo advindo da garantia do acesso, da qualidade da gestão e das práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família. Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades e expectativas da clientela, com aumento do padrão de satisfação dos usuários que é consistente com o conhecimento profissional e o intuito de aumento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando, integralmente, a saúde da criança, do adulto, da mulher, do idoso, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário, com a finalidade de proporcionar, aos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo, por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus, garantindo uma assistência de enfermagem integral,

holística e qualificada, e zelando pela segurança das pessoas com diabetes mellitus assistidas.

Este capítulo do protocolo aborda o cuidado à Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus orientações referentes às ações que visam à melhoria da qualidade de vida do público feminino.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a facilitar a compreensão do leitor, em consonância com referências bibliográficas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e de outras fontes de relevância nacional.

Apresentamos a segunda revisão do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, por meio de um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km², em que 38,70 km² estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km² restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Januária, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm³ e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia , BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).

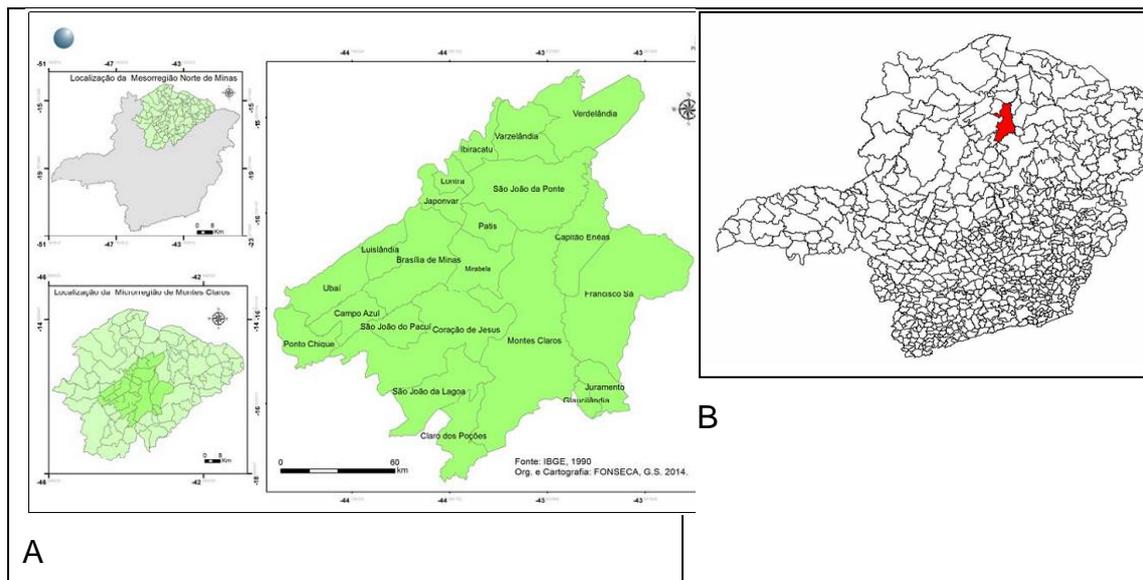


Figura 1: Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

Fonte: Google maps

A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

Aspectos demográficos

A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

A distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015). Evidenciado a seguir na Figura 2.

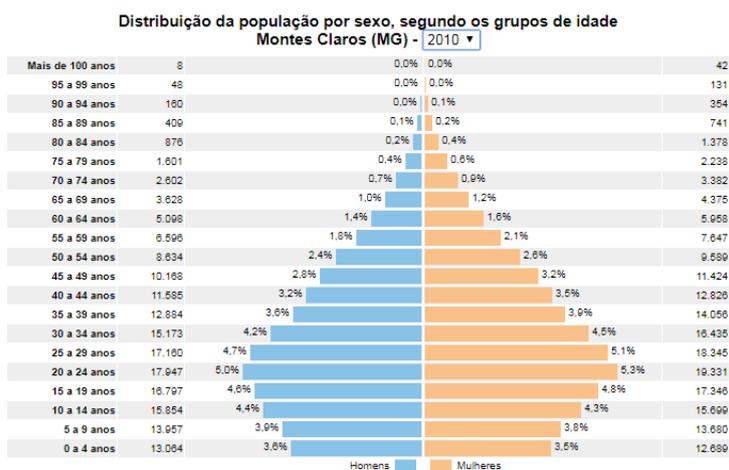


Figura 2: Pirâmide etária de Montes Claros-MG.

Fonte: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330

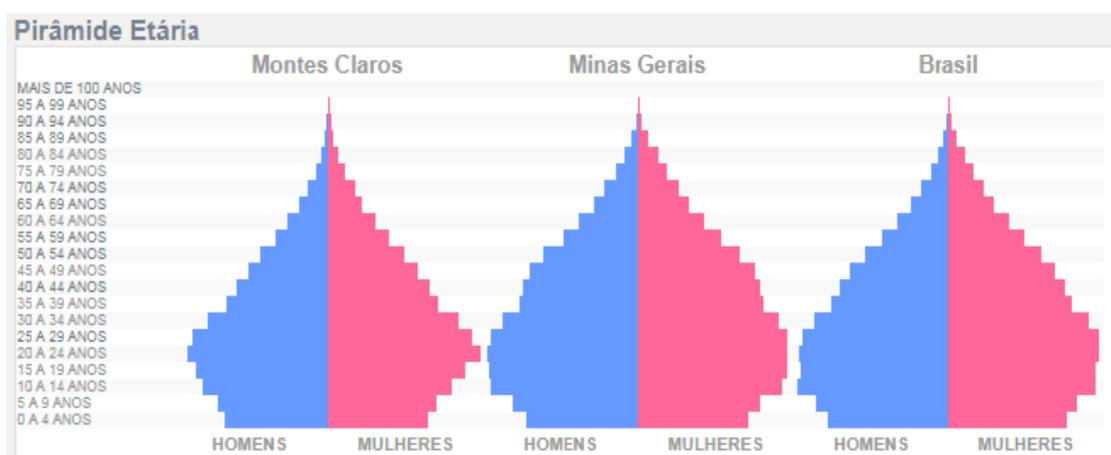


Figura 3: Comparação entre Pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.

Fonte:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%. Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas

e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião, acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).

Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo. Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em

2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil <www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais> Acesso em: Agosto/2017)

Atividades econômicas e de organização social

Atividades econômicas

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Uma das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Consequentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico

e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

Principais atividades econômicas

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria extrativa, 9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

Renda per capita

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de

2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

População Ativa

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários mínimos (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

Grupos sociais organizados

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município

também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas.

Educação

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 %.

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

Rede de ensino pública e privada

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;
- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

Instituições públicas de ensino superior

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA) .

Instituições particulares de ensino superior

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .

Faculdade Santo Agostinho (FASA) .

Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .

Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .

Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .

Universidade de Uberaba (UNIUBE) .

Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

2.1 - Organização do Sistema de Saúde

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

Região ampliada de saúde

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

Polo de Região de Saúde

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro

Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013).

TABELA 1 – Municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva

CODIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	ESTIMATIVA POPULACIONAL
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇÕES	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
TOTAL:		459.387

FONTE: PDR SES-MG 2013

2.2 - Sistema Municipal de Saúde

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macrorregional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento**

da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 2.

TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS

Serviços De Saúde	Quantidade
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10
Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02
Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almoxarifado E Galpão	01
Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	01
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01
CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08

Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02
Laboratório Análise de Água	01

Fonte: SMS/MOC/2017

Rede de Serviços Contratados

HOSPITALAR		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Pronto Socor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanálises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte
Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II
Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
RADIOLOGIA		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		

FISIOTERAPIA
Hospital Aroldo Tourinho
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)
Clínica de Fisioterapia São Lucas
Fisiocenter/ Santa Casa
Ortoclínica Ltda
Clínica Geraldo Caldos
SAÚDE AUDITIVA
Otorrino Físio Center
NEFROLOGIA
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR
Ressonar Imagens Médicas
Núcleo de Medicina Nuclear
ONCOLOGIA
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

3. JUSTIFICATIVA

A Diabetes Mellitus (DM) representa atualmente um problema de saúde pública no âmbito mundial, alcançando proporções epidêmicas, sobretudo nos países em desenvolvimento. Estimativas apontam que, em 2030, 438 milhões de indivíduos, estarão acometidos por esta doença (BRASIL,2014).

O DM está relacionado a importante queda na qualidade de vida e, sendo visto como um desafio entre os problemas de saúde no século 21. As complicações decorrentes da doença, como DAC, DVP, AVC, neuropatia

diabética, amputação, DRC e cegueira, relacionam-se a elevados custos para o sistema de saúde, bem como à elevada morbimortalidade, à redução da expectativa de vida, à perda de produtividade no trabalho e à aposentadoria precoce (MINAS GERAIS, 2013).

É previsto que o Brasil saia da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Em estado de Minas Gerais, nos anos 2001 a 2009, as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 51,5% dos óbitos, sendo uma das taxas mais altas apresentadas pelo DM (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, considerando que o cuidado ao portador de DM faz parte das atividades desenvolvidas pela enfermagem, enquanto integrante das equipes de saúde da família, é imprescindível instrumentalizar os enfermeiros, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência, fazendo-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de nortear o cuidar da enfermagem.

4. ASPECTOS LEGAIS

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de

enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de rotinas e complementares, conforme a Resolução COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção

especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

Enfermeiro

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de

sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII.-Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas

Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica,

de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII.-Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

Pessoal Administrativo

- Acolher os usuários e visitantes;
- Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;
- Agendar consultas e exames;
- Digitar dados da Unidade de Saúde;
- Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

Pessoal da Zeladoria e Manutenção

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

5. OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;
- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;
- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde da população feminina pela equipe de enfermagem;
- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;
- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

6. METODOLOGIA

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever, de forma detalhada, as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico), uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo, torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080.

Na construção deste protocolo, utilizou-se a metodologia de revisão integrativa, que visa proporcionar a síntese do conhecimento já sistematizado e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos na prática, se constituindo em um método que permite a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, que vêm sendo, cada vez mais, utilizadas na área da saúde, por facilitar o aprofundamento em determinada temática (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde de Montes Claros, no dia 23 de Fevereiro de 2017, às 14:00 horas, com a definição e divisão dos temas a serem abordados no documento. A seguir, foi escolhida a metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão dos participantes (cada integrante ficou com um tema dentro da Diabetes Mellitus), para a construção preliminar do documento através da busca de publicações pertinentes ao tema. O processo de construção foi viabilizado com a liberação semanal de dois turnos de trabalho dos participantes, sendo que um turno ficou reservado para o encontro da equipe e um outro turno, para a socialização das produções e estabelecimento de condutas.

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2010 a 2017, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na BDEF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), na SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacionais. A busca de dados teve início no mês de Fevereiro de 2017.

O total de documentos selecionados foram 20, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: a temática das publicações devem abordar a assistência à Diabetes Mellitus; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; os documentos devem ter sido publicados a partir do ano de 2010; e, as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita.

Um documento foi descartado por não preencher os seguintes critérios de inclusão: a temática relacionada à assistência ao portador de Diabetes Mellitus; disponibilidade do documento completo; e publicação a partir do ano de 2010.

Nos dias 23/02 e 03/03 de 2017 foram realizadas reuniões para apresentação dos documentos e discussão sobre os ajustes necessários para a confecção do documento final do protocolo. No dia 04/03/2017, a versão preliminar foi encaminhada aos revisores para apreciação e sugestões.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 as 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data.

7. DESENVOLVIMENTO

Protocolo de Enfermagem na Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus

Este protocolo tem como fundamentação teórica os documentos publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), Minas Gerais (2013), Protocolo de São Paulo (2016), Florianópolis (2015).

7.1 Classificação

A atual classificação do Diabetes Mellitus (DM) considera quatro classes clínicas: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, outros tipos específicos de Diabetes e Diabetes Mellitus Gestacional (MINAS GERAIS, 2013).

O Diabetes Mellitus tipo 2 é a manifestação mais comum da doença, sendo responsável por 80 a 90% dos casos (MINAS GERAIS, 2013).

Os outros tipos específicos de Diabetes são raros e podem ser resultado de defeitos genéticos da ação da insulina ou da função das células beta, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções ou outras síndromes genéticas (BRASIL, 2014).

Diabetes Mellitus tipo 1:

- A apresentação é em geral abrupta;
- Acomete, principalmente, crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos);
- Hiperglicemia acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose;
- A classificação “tipo 1” se refere ao processo de destruição das células beta (geralmente causado por processo autoimune) que desencadeia o estágio de deficiência absoluta de insulina;
- A administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose (BRASIL, 2014).

Diabetes Mellitus tipo 2:

- Início insidioso e sintomas mais brandos, em relação ao tipo 1;
- Geralmente manifesta-se em indivíduos após 40 anos de idade com longa história de excesso de peso e história familiar de DM tipo 2;
- Íntima relação com o estilo de vida, principalmente sedentarismo e dieta inadequada (BRASIL, 2014).

Diabetes Mellitus Gestacional:

- Estado menos severo de hiperglicemia, em relação ao diabetes tipo 1 e 2;
- Detectado pela primeira vez na gravidez;
- Representa risco para a mãe e o neonato;
- Geralmente resolve no pós-parto e pode retornar anos depois (BRASIL, 2014).

Rastreamento e Classificação

A probabilidade de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia depende da presença de fatores de risco.

QUADRO 01. O público-alvo para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos.

Excesso de peso (IMC > 25 kg/m ² e um dos seguintes fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"> • Pai ou mãe com diabetes; • Hipertensão arterial; • História de diabetes gestacional ou recém-nascido com mais de 4 kg; • Dislipidemia; • Exame prévio de HbA1c ≥ 5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; • Obesidade severa, <i>acanthosis nigricans</i>; • Síndrome de ovários policísticos; • História de doença cardiovascular; • Inatividade física;
OU Idade ≥ 45 anos;
OU Risco cardiovascular moderado (ver Protocolo de Enfermagem HAS)

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 36 – Diabetes Mellitus. BRASIL, 2014.

Recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de Saúde seja realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos (BRASIL, 2014).

Os sinais e sintomas característicos que levam à suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Sintomas mais vagos também podem estar presentes como prurido, fadiga, fraqueza, e visão turva. O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção de hiperglicemia.

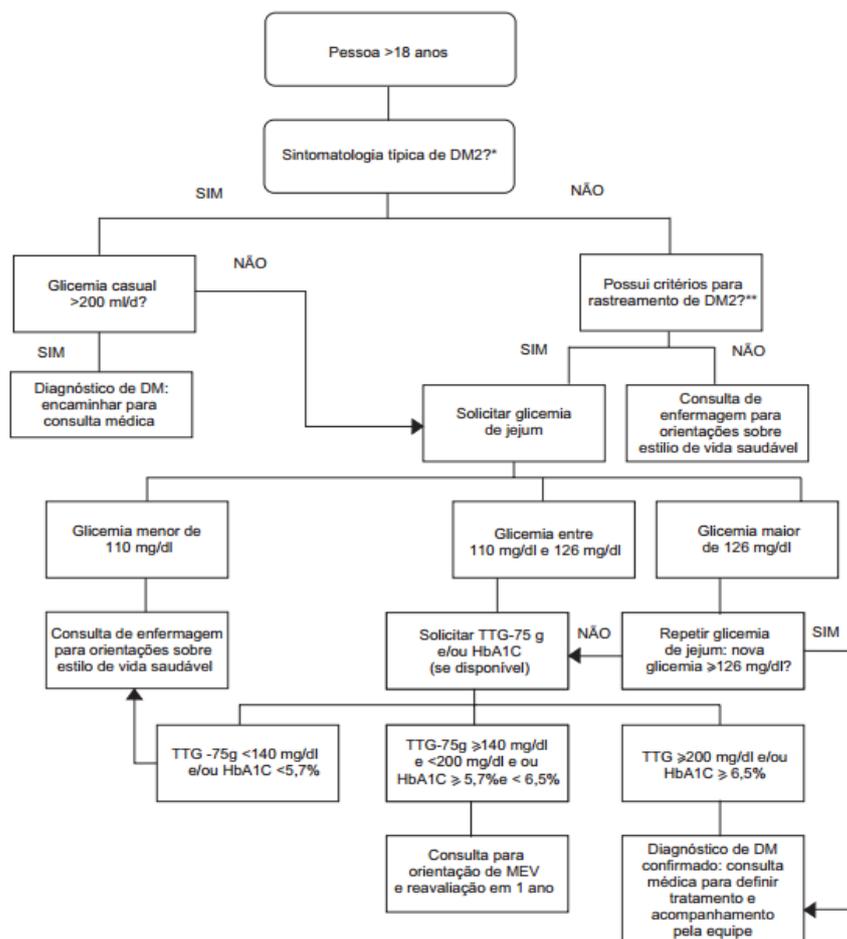
Tabela 04. Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de jejum*	TTG: 2 horas após 75g de glicose	Glicemia casual **	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e <200		
Diabetes mellitus	≥126	≥200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

Fonte: Adaptado Brasil, 2014.

TTG: teste de tolerância à glicose.

FIGURA 04. Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2



Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 36 – Diabetes Mellitus. 2014.

* Elementos clínicos que levam à suspeita de DM: poliúria, polidipsia, polifagia, perda inexplicada de peso, fadiga, outros.

** Ver quadro 1.

MEV: Mudança de estilo de vida.

7.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Faz-se importante que a equipe de enfermagem que atua na ESF, atue de forma sistematizada, com registro de todas as ações planejadas e desenvolvidas para o indivíduo, família e/ou comunidade. Atualmente, uma das formas de atuação sistematizada acontece por meio do Processo de

Enfermagem, que é composta por cinco etapas: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento (meta, objetivos e prescrições); implementação e evolução.

O profissional de enfermagem precisa lançar mão de teorias e terminologias em enfermagem, capazes de contemplar a realização do processo de enfermagem e sistematizar sua assistência. Algumas teorias são muito usadas e são mais adequadas para a atuação do enfermeiro na AB, tais como a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta de Aguiar e a teoria do Autocuidado de Oren. Quanto as terminologias que são fundamentais para a construção de diagnósticos e prescrição estão a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Consulta de enfermagem para acompanhamento de pessoas com DM

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas inter-relacionadas entre si, objetivando a educação em saúde para o autocuidado.

A assistência de enfermagem para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado.

Este capítulo fundamentou-se nos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013).

As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos.

Apresenta-se a seguir um resumo dos passos da consulta de enfermagem para pessoas com DM.

7.2.1 Histórico

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
- Antecedentes familiares e pessoais (história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional).
- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio.
- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado.
- Medicamentos utilizados para DM e outros problemas de saúde e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo).

Exame físico

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Alterações de visão.
- Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.
- Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar.
- Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas.
- Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas). Vale destacar que o exame dos pés e avaliação do pé diabético está em capítulo posterior.
- Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de *candida albicans*.

7.2.2 Diagnóstico das necessidades de cuidado

É a interpretação e suas conclusões quanto às necessidades, aos problemas e às preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial. Nesse ponto, é importante reconhecer precocemente os fatores de risco e as complicações que podem acometer a pessoa com DM; identificar a sintomatologia de cada complicação, intervir precocemente, principalmente atuar na prevenção evitando que esses problemas aconteçam.

É fundamental, para seguir o processo de planejamento e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), estar atento para as seguintes situações:

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva;
- Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas;
- Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
- Medos: da perda da independência; de hipoglicemia, do ganho de peso, das aplicações de insulina;

7.2.3 Planejamento da assistência

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com DM, pois o ponto mais importante no tratamento é o processo de educação em Saúde e o vínculo com a equipe.

Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar sobre:

1. A doença, a prevenção de complicações e o processo de envelhecimento.

2. Estimular a adesão ao tratamento por meio do estabelecendo objetivos/metas junto com o usuário; criar o vínculo com o usuário e familiares; levar em consideração o e adequar as crenças, hábitos e cultura do usuário.
3. Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo), descrito anteriormente em Prevenção primária.
4. Motivação para Alimentação Saudável.
5. Percepção de presença de complicações.
6. Identificar sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações;
7. Os medicamentos em uso (oral ou insulina) - indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais além do controle da glicemia.
8. Prevenção de complicações com a adequada manutenção de níveis glicêmicos.
9. Uso da insulina e o modo correto de como reutilizar agulhas; planejamento de rodízio dos locais de aplicação para evitar lipodistrofia.
10. Solicitar e avaliar os exames previstos nesse protocolo.
11. Estimular o autocuidado, adesão ao tratamento e envolver familiares no processo do cuidado;
12. Estimular a participação em grupos educativos.

Também deve realizar visita domiciliar para sensibilizar os familiares na adesão ao tratamento, realizar busca ativa de faltosos.

- Quando pertinente, encaminhar ao médico e, se necessário, aos outros profissionais.

É importante que o enfermeiro mantenha a comunicação com toda a equipe durante a implementação da SAE. Ampliando o escopo do diagnóstico e planejamento para além da equipe de Enfermagem, envolvendo também o médico, agentes comunitários de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando disponível e necessário, nas ações desenvolvidas.

7.2.4 Implementação da assistência

A implementação da assistência deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta. As pessoas com DM com dificuldade para o autocuidado precisam de mais suporte até que consigam ampliar as condições de se cuidar. O apoio ao autocuidado poderá ser da equipe de Saúde ou de outros recursos, familiares ou comunitários, articulados para esse fim.

7.2.5 Avaliação do processo de cuidado

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades. Registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento.

7.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DIABETES

Pessoas em alto risco de DM tipo 2 podem apresentar hipertensão e/ou alto risco cardiovascular e, como tal, utilizam medicamentos que podem aumentar o risco de desenvolver a doença. Os betabloqueadores e os diuréticos tiazídicos aumentam o risco de diabetes quando comparados a outros anti-hipertensivos não diuréticos (BRASIL, 2014).

Acompanhamento

O acompanhamento deve ser realizado por equipe multidisciplinar para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações, de acordo com uma estratificação de risco para a pessoa com DM de acordo com o controle metabólico.

Quadro 02 – Estratificação de risco para a pessoa com DM

RISCO	CRITÉRIO
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (HbA1c <7,5) e pressórico adequados Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c <9) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Muito Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c < 9) ou pressórico inadequado com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)

Fonte: BRASIL, 2014.

O Estado de Minas Gerais segue outros critérios para Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção.

QUADRO 03- Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção.

Risco	Critérios (controle glicêmico - HbA1c -, complicações e capacidade para o autocuidado ³⁾)
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> • Glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose (pré-diabetes) ou • Diabético com HbA1c < 7%, capacidade de autocuidado suficiente e <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e ✓ Ausência de complicações crônicas**
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Diabético com HbA1c < 7% e capacidade de autocuidado insuficiente ou • Diabético com HbA1c entre 7% e 9%. - Em qualquer uma das opções devem ser somadas a <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e ✓ Ausência de complicações crônicas**
Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado suficiente
Muito Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado apoiado insuficiente e/ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado insuficiente

Fonte: Minas Gerais, 2013.

* Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente (conceito operacional) a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

** Entende-se por complicações crônicas micros ou macroangiopatias.

O número de consultas e de atendimento para usuário com DM tipo 2 deve considerar a estratificação de risco apresentada acima.

No entanto, a equipe deve estar ciente de que a programação do cuidado não deve ser rígida e se limitar ao critério de controle metabólico ou ao critério de presença de uma doença específica.

O Estado de Minas Gerais determina o acompanhamento seguindo os critérios para Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção.

QUADRO 04- Parâmetros de Assistência para Usuários Diabetes.

Procedimento previsto	Estratificação de risco dos usuários			
	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Consulta médica	2 / anos	3 / anos	3 / anos	3 / anos
Consulta odontológica	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica
Consulta de enfermagem	2 / anos	3 / anos	2 / anos	2 / anos
Avaliação do pé diabético	1 / ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 / ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 / ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 / ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)
Grupo operativo*	2 / anos	3 / anos	3 / anos	4 / anos
Visita domiciliar pelo ACS	6 / anos	12 / anos	18 / anos	24 / anos
Eletrocardiograma	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Fundoscopia**	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano

* Cada grupo operativo é executado minimamente em quatro sessões. ** Especialmente na ausência da retinografia sem contraste e com avaliação anterior sem achados significativos.

Fonte: Minas Gerais, 2013.

É importante considerar também os determinantes sociais de Saúde, os princípios da Atenção Básica presente na Política Nacional de Atenção Básica, as necessidades individuais, bem como as intercorrências clínicas.

Quadro 05- Complicações da DM

Risco	Critério
Gestão do caso	Pessoa com DM diagnosticado e: Mau controle metabólico (HbA1c >9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção. Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras) Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; Pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social

FONTE: BRASIL, 2014.

7.4 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS

O enfermeiro poderá solicitar os exames listados abaixo para acompanhamento do portador de diabetes mellitus desde que cumpra alguns requisitos:

- Quando comprovação, através de documento por escrito ou registro eletrônico no prontuário do usuário, de que o mesmo possui a condição/morbidade que justifique a solicitação dos exames.

- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões de normalidade;
- O enfermeiro obedeça à periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento, não solicitando os mesmos em frequência superior ao estabelecido;
- O enfermeiro realize avaliação clínica do usuário pertinente ao quadro do mesmo e conforme as evidências mais recentes, encaminhando para atendimento médico quando necessário.

Os exames complementares que podem ser solicitados pelos enfermeiros do município de Montes Claros encontram-se descritos no Quadro XX.

Quadro 06- Exames Complementares para pessoa com DM

Glicemia de jejum e HbA1C (Hemoglobina glicada)
Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG)
Creatinina sérica
Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúrica ou relação albumina/ Creatinina
Fundoscopia

Fonte: BRASIL, 2014.

O Protocolo de Minas Gerais (2013) também recomenda Provas de função hepática: TGO, TGP, GGT e Dosagem de TSH, nos casos de DM1, dislipidemia ou em mulheres acima dos 50 anos.

Para o acompanhamento dos usuários com diabetes, o enfermeiro deve seguir a periodicidade de acompanhamento conforme estratificação de risco descrito no Quadro 07 que estabelece os parâmetros de assistência.

QUADRO 07- Parâmetros de assistência para os usuários com *diabetes mellitus*, na Atenção Primária à Saúde.

Exame	Estratificação de Risco dos Usuários			
	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
Glicemia Capilar	4/ ano	12/ano	24/ano	24/ano
Glicemia de jejum	2/ ano	3/ ano	4/ ano	4/ ano
Hemoglobina Glicada	2/ ano	3/ ano	4/ ano	4/ ano
Creatinina	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano
Colesterol Total	1/2 anos	1/ano	1/ano	1/ano
Colesterol Frações	1/2 anos	1/ano	1/ano	1/ano
Triglicerídeos	1/2 anos	1/ano	1/ano	1/ano
Urina Rotina	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano
Microalbuminúria	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano
Fundoscopia	1/2 anos	1/ano	1/ano	1/ano

Fonte: MINAS GERAIS, 2013.

OBSERVAÇÃO: Vale destacar que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) recomenda que os exames de glicemia de jejum e HbA1C sejam realizados duas vezes ao ano, nas situações em que a pessoa encontra-se dentro da meta glicêmica estabelecida e, a cada três meses, se acima da meta pactuada.

7.5 CONTROLE GLICÊMICO

O controle glicêmicos é fundamental para o tratamento do DM pois possibilita a prevenção das complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade (BRASIL, 2014).

O controle glicêmico pode ser monitorado por glicemias de jejum, pré-prandial (antes das refeições), pós-prandial (após as refeições) e pela hemoglobina glicada (HbA1c) (BRASIL, 2014).

Os testes de glicemia refletem o nível glicêmico atual e instantâneo no momento exato em que foram realizados, demonstrando a falta ou excesso da ação das medidas medicamentosas e não medicamentosas. Já o teste de HbA1c é o parâmetro utilizado para avaliar o controle glicêmico em médio e em longo prazos, pois revelam a glicemia média pregressa dos últimos dois/três meses (BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) utiliza uma maneira didática simples para explicar os significados e as implicações dos testes de glicemia e de HbA1c é a comparação com os serviços bancários: os testes de glicemia revelariam o “saldo atual” da conta bancária, ou seja, a quantidade exata de glicose sanguínea no momento do teste. Por outro lado, os testes de HbA1c apontariam o “saldo médio” da conta bancária durante os últimos 3 meses.

A **META** para o tratamento da hiperglicemia em adultos (BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016):

- Alcançar Hemoglobina glicada (HbA1c) ≤ 7% já que a HbA1c = 7% corresponde, na realidade, a um nível de glicemia média estimado de 154 mg/dl.
- As metas glicêmicas são: glicemia de jejum entre **70 – 130 mg/dL** e pós-prandial **abaixo de 180 mg/dL**
- A meta para o tratamento da hiperglicemia em idosos (Sociedade Brasileira): Hemoglobina glicada em torno de **7,5 e 8,5%**, dependendo do estado de saúde

Sendo assim, As metas devem ser individualizadas de acordo com a duração de diabetes, idade/expectativa de vida, comorbidades, doença cardiovascular, complicações microvasculares e hipoglicemia não percebida.

Já a meta para crianças e adolescentes desta descrita no Quadro XX.

QUADRO 08- Metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM tipo 1

Valores por faixa etária	Glicemia pré-prandial (mg/dl)	Glicemia ao deitar/à noite (mg/dl)	HbA1C (%)
Lactentes e pré-escolares (0 a 6 anos)	100 – 180	110 – 200	<8,5%
Escolares (6 a 12 anos)	90 – 180	100 – 180	<8%
Adolescentes e adultos jovens (13 a 19 anos)	90 – 130	90 – 150	<7,5%

Fonte: Brasil, 2014.

7.6 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O tratamento não medicamentoso da DM consiste em medidas que devem ser adotadas no estilo de vida, com enfoque nos hábitos alimentares que na maioria dos casos tem grande potencial para efetivar o tratamento, evitar e ou retardar as complicações das doenças crônicas (BRASIL, 2014).

Também é de fundamental importância no processo de educação em saúde que as metas, atividades e os prazos sejam estabelecidos em conjunto com o paciente, pois o profissional que apoia o processo de autocuidado necessita verificar se há dificuldades em seguir o plano terapêutico, se precisa ser modificado, assim como se as medidas não medicamentosas e de adesão ao tratamento estão sendo efetivas (BRASIL, 2014).

Pessoas com DM precisam ser apoiadas para realizar mudanças em seu estilo de vida e instruídas sobre como fazê-lo. E seus elementos fundamentais são:

- manter o peso adequado,
- fracionar a alimentação em 3 refeições diárias 2 lanches saudáveis e não pular refeições
- aumentar a ingestão hídrica
- diminuir ingestão de sal
- evitar fumo e ingestão de bebida alcoólica
- realizar atividades físicas no mínimo 3x na semana

Ressaltando que o profissional de saúde deve orientar a escolha da atividade física dos usuários visando facilitar a prática levando em consideração hábitos de vida, preferências pessoais, assim como condições socioeconômicas individuais, comunitárias e culturais.

As atividades físicas ou práticas corporais precisam fazer parte do dia a dia. Nesse sentido, é importante incorporar aos poucos atividades segundo seus interesses, necessidades e limitações.

7.7 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO (MEDICAÇÃO DE MANUTENÇÃO)

O tratamento do DM tipo 1, além de tratamento não farmacológico, há necessidade da administração de insulina, prescrita em esquema intensivo pelo médico, de três a quatro doses de insulina/ dia, divididas em insulina basal e insulina prandial, cujas doses são ajustadas de acordo com as glicemias capilares, realizadas ao menos três vezes ao dia. O manejo desses pacientes, são, em geral, acompanhados pela atenção especializada devido a complexidade (BRASIL, 2014).

O DM tipo 2, mais prevalente, exige tratamento não farmacológico, complementado com antidiabético oral e, em algumas situações há necessidade de utilizar uma ou duas doses de insulina basal (BRASIL, 2014).

A indicação do tratamento medicamentoso deverá ser a critério médico, de acordo com a necessidade de cada pessoa e com a avaliação de comorbidades, sendo de competência do enfermeiro a renovação/ transcrição das receitas durante a consulta de enfermagem nos casos de clientes com os níveis glicêmicos controlados (FLORIANOPOLIS, 2015).

Os antidiabéticos orais constituem-se a primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2 não responsivo a medidas não medicamentosas isoladas. Esses medicamentos são passíveis de renovação da prescrição pelo enfermeiro que atua em unidades de atenção primária/ Estratégia Saúde da Família, durante a consulta de enfermagem ao diabético, dando continuidade ao plano terapêutico (FLORIANOPOLIS, 2015).

A tabela a seguir traz a lista de medicamentos antidiabético passíveis de terem receita renovada pelo **enfermeiro**, desde que todas as condições expressas neste documento sejam cumpridas.

QUADRO 09- Medicações com autorização para renovação pelo enfermeiro em clientes compensados e após prescrição médica.

MEDICAMENTO	Concentração	Dose Máxima	Tomadas
Cloridrato de Metformina	500 mg	2550 mg	3 x
Cloridrato de Metformina	850 mg	2550 mg	3 x
Glibenclamida	5 mg	20mg	2-3
Glicazida	30 mg	----	1

Fonte: Brasil, 2014.

Fonte: Florianópolis, 2015.

O enfermeiro não deve retirar da receita uma medicação prescrita por profissional médico ou alterar a dose/posologia das medicações prescritas. Havendo questionamentos quando à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe (na ausência deste, outro médico da unidade/município deverá ser acionado) (FLORIANOPOLIS, 2015).

7.8 Critérios para Renovação de receitas pelo enfermeiro

Os critérios foram baseados no protocolo de Recepção Municipal (MONTES CLAROS, 2015), Florianópolis (2015)

- Mediante apresentação do cartão de hipertenso/diabético e última prescrição do **médico ou enfermeiro da equipe**.
- A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 30 dias.
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Os níveis glicêmicos recomendados para a manutenção da receita pelo enfermeiro deverão estar Para adultos - Hemoglobina glicada (HbA1c) **≤ 7%**; Glicemia de jejum entre **70 – 130 mg/dL** e pós-prandial **abaixo de 180 mg/dL**. Para idosos Hemoglobina glicada em torno de **7,5 e 8,5%**.

Caso o controle glicêmico estiver fora deste parâmetro o cliente deverá ser encaminhado para consulta médica.

- Caso não tenha Controle Glicêmico no momento deve levar em consideração a última dosagem de **HbA1C seja menor que 7%** e tenha sido realizada em um intervalo igual ou inferior a sete meses (seis meses recomendados mais 30 dias de tolerância) à data consulta.
- O paciente esteja presente à consulta e não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata;
- O paciente não tenha histórico (registro no prontuário ou laudo médico) das seguintes comorbidades ou complicações (indicam necessidade de consultas médicas mais frequentes): insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na APS.
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador.
- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa, de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de enfermagem e, caso seja necessário, encaminhe para consulta médica;
- O paciente deve ter função renal preservada, comprovada através de registro no prontuário de resultado de exame laboratorial com Clearance de creatinina maior ou igual a 90 ml/min

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro, deve checar a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce

as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;

O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, cessação do tabagismo, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;

7.9 Armazenamento/ Conservação da insulina

A insulina é um produto de boa estabilidade, que preserva sua ação biológica por dois anos a partir da data de fabricação, desde que adequadamente conservada. A insulina é sensível à luz direta e às temperaturas muito altas ou muito baixas (SÃO PAULO, 2016).

1 – Recomendações quanto à temperatura (BRASIL, 2014; SÃO PAULO, 2016)

- Frascos lacrados em reserva devem ser mantidos refrigerados em geladeira (entre 2 e 8 °C). A insulina não deve ser congelada. Quando congelada e posteriormente descongelada, não tem atividade biológica previsível. Seu uso é contra indicado.
- O frasco em uso pode ficar fora da geladeira em local fresco entre 15°C e 30°C, por até 30 dias, por isso é importante orientar que a pessoa anote a data de abertura no frasco;
- Frascos abertos podem ser mantidos em refrigerador por 3 meses sem prejuízo da potência da insulina. Armazenar na parte superior da gaveta de verduras, nunca na porta.
- Evitar expor os frascos à luz do sol, pois a insulina pode sofrer degradação.
- Orientar sobre o aspecto normal das insulinas e sua observação antes da aplicação, descartando o frasco em caso de anormalidades.

2 – Recomendações quanto ao transporte (SÃO PAULO, 2016)

- Durante o transporte de curta duração, o frasco aberto ou em reserva de insulina podem ser mantidos em condições não refrigeradas, desde que não expostos ao calor excessivo. Nunca deixar a insulina exposta ao sol;
- Durante o transporte de longa duração, frascos de insulina em reserva deverão ser retirados da geladeira e conservados em recipiente de isopor sem gelo, recolocar a insulina na geladeira logo que chegar ao destino. Lembre-se: a insulina pode ficar inativa após contato com o gelo;
- Durante viagens, além dos cuidados já citados, mantenha a insulina, assim como todo o material para a aplicação, na bagagem de mão.

Técnica de Aplicação de Insulina (SÃO PAULO, 2016)

1. Lave e seque bem as mãos.
2. Separe a seringa de insulina e algodão embebido em álcool.
3. Separe o medicamento e certifique-se de ser mesmo o produto a ser utilizado nome, tipo, validade, etc.
4. Homogenize a insulina, mantendo o frasco de insulina entre as duas mãos, fazer movimentos de rotação (rolando o frasco entre as mãos), sem fazer espuma, de 10 a 20 vezes. Nunca agite o frasco rapidamente.
5. Apoie o frasco em superfície plana. Esfregue bem a tampa de borracha do frasco com algodão embebido em álcool a 70%. Espere secar.
6. Pegue a seringa, retire o protetor branco do embolo, se houver. Puxe o embolo até a marca da escala que indica a quantidade de insulina que irá injetar (faça isso com a agulha protegida).
7. Tire o protetor da agulha. Introduzir essa quantidade de ar dentro do frasco, pressionando o embolo da seringa.
8. Não retire a agulha e inverta o frasco de insulina, virando-o de boca para baixo. Puxe o embolo lentamente até a marca da escala que indica a quantidade de insulina que irá utilizar.
9. Se houver bolhas de ar na seringa, elimine-as batendo levemente com o dedo na parte onde elas se encontram. Quando as bolhas atingirem o bico da seringa,

empurre o embolo para que elas voltem no frasco de insulina. Repita isso até que todas as bolhas desapareçam.

10. Utilizando agulhas 13 x 4,5 mm, faça a prega cutânea, pressionando entre os dedos polegar e indicador uma camada de pele e gordura de mais ou menos 5 cm.

11. Limpe o local a ser aplicado com algodão embebido em álcool e espere secar.

12. Faça a prega cutânea, preferencialmente com os dedos polegar e indicador. Introduza a agulha em angulo de 90°, solte a prega (antes de iniciar a aplicação observar se não reflui sangue) e inicie aplicação Obs.: No caso de refluxo sanguíneo, retirar , desprezar e preparar a insulina novamente.

Atenção: Em pessoas muito magras ou crianças, a aplicação poderá ser realizada no angulo de 45° para evitar que atinja o músculo.. Aguarde de dez a vinte segundos, ainda com a agulha na pele, para garantir que toda a insulina foi aplicada.

13. Retire a agulha e passe um algodão com álcool sobre o local.

14. Após aplicar, coloque a seringa ou agulha no coletor de materiais perfurocortantes.

7.10 COMPLICAÇÕES AGUDAS DO DIABETES

Este capítulo do protocolo foi fundamentado nas publicações do Ministério da Saúde (Brasil, 2014; Brasil, 2013) e Sociedade Brasileira de Diabetes (2016).

Essas complicações podem ocorrer a qualquer momento da vida das pessoas que têm diabetes e, embora possam ser perigosas, quase sempre são preveníveis e usualmente tratáveis.

As complicações agudas do diabetes podem ocorrer na rua, na escola ou no trabalho, de modo que portar cartões de identificação com informações sobre o tipo de diabetes, tratamento utilizado (medicamentos orais e insulina) e os contatos de familiares/responsáveis e do médico/unidade de saúde de referência é uma medida de segurança aos pacientes, a ser recomendada e incentivada sempre.

7.11 HIPOGLICEMIA

É a diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de 70 mg/dl (BRASIL, 2014). Os sintomas clínicos, entretanto, usualmente ocorrem quando a glicose plasmática é menor de 60 mg/dl a 50 mg/dl, podendo esse limiar ser mais alto, para aqueles pacientes cujas médias de glicemias são elevadas, ou mais baixo para aqueles que fazem tratamento intensivo e estão acostumados a glicemias mais baixas.

Todos os pacientes devem aprender a reconhecer os sintomas e os sinais de hipoglicemia. Ensiná-las, portanto, é mandatório para que assim diminua a sua vulnerabilidade aos quadros graves (alteração de consciência ou do comportamento, convulsões). Além disso, todo paciente diabético, principalmente crianças e especialmente as com histórico de hipoglicemia, devem dispor de uma fonte de carboidrato de absorção rápida para consumo imediato.

À noite é possível ocorrer casos graves, uma vez que a glicemia diminui às 3h-4h da manhã, quando o paciente está dormindo e não percebe os sintomas. As crianças que dormem cedo (19h) e, erroneamente, não são acordadas para a última refeição, são as mais sujeitas à hipoglicemia noturna, a depender do esquema insulínico que usa. A suspeita deve ser levantada em casos de sono perturbado, sudorese noturna, cefaleias matinais, dificuldades de despertar ou convulsões.

Sinais e sintomas

HIPOGLICEMIA LEVE: Fome, tontura, tremor, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sonolência, cansaço, sudorese, dormência ou formigamento da boca ou lábios.

HIPOGLICEMIA MODERADA: Mudança de comportamento, dor de cabeça, irritabilidade, visão turva, confusão ou dificuldade de concentração, má coordenação, fala arrastada ou lenta.

HIPOGLICEMIA GRAVE: Perda da consciência, convulsões, coma.

Tratamento

O tratamento precisa ser imediato, com pequena dose de carboidrato simples absorção rápida (10 g a 20g), repetindo-a em 15 minutos, se necessário. Em geral, 10 g de carboidrato simples estão presentes em duas colheres de chá de açúcar, 100 ml de suco de fruta ou duas balas.

Se a pessoa não conseguir engolir, não forçar. Pode-se colocar açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e levá-lo imediatamente a um serviço de saúde onde possa ter os cuidados adequados.

No serviço de saúde se existirem sinais de hipoglicemia grave, administrar 25 mL de glicose a 50% via endovenosa em acesso de grande calibre, com velocidade de 3 ml/min e manter veia com glicose a 10% até recuperar plenamente a consciência ou glicemia maior de 60 mg/dL; manter então esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina; pacientes que recebem sulfonilureias devem ser observados por 48h a 72h para detectar possível recorrência.

7.12 HIPERGLICEMIA

A descompensação hiperglicêmica aguda, com glicemia casual superior a 250 mg/dl, pode evoluir para complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica, devem ser tratados em unidade de terapia intensiva e, fundamentalmente, por profissionais habilitados para esses tipos de complicações.

A cetoacidose é uma emergência endocrinológica decorrente da deficiência absoluta ou relativa de insulina, ocorre principalmente em pacientes com DM tipo 1, sendo, diversas vezes, a primeira manifestação da doença.

A síndrome hiperosmolar não cetótica é um estado de hiperglicemia grave (superior a 600 mg/dl a 800 mg/dl) acompanhada de desidratação e alteração do estado mental, na ausência de cetose. Ocorre apenas no diabetes tipo 2.

O prognóstico de ambas depende das condições de base do paciente, com piora sensível em idosos, gestantes e portadores de doenças crônicas.

Sinais e sintomas

Polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental. Esse quadro pode se agravar, levando a complicações como choque, distúrbio hidroeletrólítico, insuficiência renal, pneumonia de aspiração, síndrome de angústia respiratória do adulto e edema cerebral em crianças.

Tratamento

- Hidratação oral e tratamento da doença intercorrente.
- Pessoas com glicemia >250 mg/dl, cetonúria e hálito cetônico, desidratação ou vômitos: encaminhar para serviço de emergência prontamente.
- Pessoas com glicemia >250 mg/dl e cetonúria, mas sem os agravantes acima: administrar 20% da dose de insulina diária sob a forma de insulina regular e revisar em quatro horas. Repetir a dose se glicemia >250 mg/dl. Se não melhorar no próximo teste ou mostrar agravantes, encaminhar prontamente ao serviço de emergência. A pessoa deve ser hidratada com soro fisiológico 0,9% endovenoso em acesso venoso calibroso.
- Pacientes com glicemia >250 mg/dl, sem cetonúria, mas com manifestações clínicas, administrar 10% da dose total de insulina e observar de 4 em 4 horas até estabilização. Havendo piora do quadro, encaminhar para serviço de emergência. A pessoa também deve ser hidratada com soro fisiológico 0,9% endovenoso em acesso venoso calibroso.

O diagnóstico correto e o tratamento rápido e eficaz da cetoacidose e da síndrome hiperosmolar não cetótica são essenciais para diminuir a morbidade e a mortalidade. Muitos desses episódios podem ser prevenidos com o bom controle metabólico do diabetes mellitus por meio de tratamento adequado com insulinas ou análogos de insulina, automonitoramento, orientação educacional aos familiares e ao próprio paciente. A facilidade de comunicação com o especialista ou com o grupo multidisciplinar que acompanha o paciente é fundamental para a orientação precoce e adequada no início de qualquer evento potencialmente precipitante.

7.13. PÉ DIABÉTICO

O pé diabético está entre as complicações do Diabetes *Mellitus* mais frequentes e suas complicações podem acarretar consequências desastrosas para o indivíduo, que vão de feridas crônicas e infecções até amputações dos membros inferiores. A avaliação periódica dos pés permite a identificação de alterações em estágio inicial e o tratamento adequado das alterações encontradas, permitindo dessa forma a prevenção de uma quantidade importante de complicações do Pé diabético (BRASIL, 2014).

É importante ressaltar que essas complicações ainda hoje, mesmo sendo evitáveis, estão entre as complicações mais encontradas nos indivíduos com diabetes *mellitus*, ainda que se possa observar a expansão das ofertas dos serviços de saúde com maior cuidado as condições crônicas, por meio de estratégias como a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (Pmaq-AB) (BRASIL, 2016).

A condição conhecida como pé diabético é assim denominada por apresentar-se clinicamente como uma ulceração e/ou destruição de tecidos profundos acompanhados de anormalidades neurológicas e a variados graus de doença vascular periférica em indivíduos com diabetes *mellitus* além de a presença de infecção (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

Ressalta-se ainda que as transformações nos campos neurológicos e vasculares nas extremidades, resultado do quadro de diabetes *mellitus*, provocam alterações anofisiológicas nos pés. As alterações do trofismo dos músculos e da anatomia dos ossos dos pés resulta no surgimento de pontos de pressão, já o ressecamento da pele causa prejuízo a elasticidade protetora da mesma enquanto a problemática na circulação local torna o processo cicatricial mais lento e ineficaz. Todas essas alterações, sinergicamente, aumentam o risco de úlceras nos pés, com mais riscos de complicações mais graves, tais como infecções e amputações dos membros inferiores (BRASIL, 2013; GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

A classificação atual do pé diabético, dividida por sua etiopatogenia, pode ser assim definida:

- Neuropático;
- Vascular (ou isquêmico).
- Misto (neurovascular ou neuroisquêmico).

Em relação aos sintomas, o pé neuropático caracteriza-se por prejuízo progressivo da sensibilidade. Os sintomas habituais se configuram em formigamentos e a sensação de queimação que amenizam-se com o exercício. A regressão da sensibilidade pode apresentar-se como lesões traumáticas sem presença de dor ou por meio de relatos de perda de sapatos sem notar. O quadro que acompanha o pé isquêmico é a história de claudicação intermitente e/ou dor quando o indivíduo eleva o membro. Na avaliação no exame físico pode-se encontrar rubor postural do pé e palidez à elevação do pé, na palpação o pé encontra-se frio, podendo haver a ausência do pulso tibial posterior como o pedioso dorsal (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001; PARISI, 2003).

O quadro a seguir apresenta a classificação fisiopatológica do pé diabético bem como os sinais e sintomas habituais.

Quadro 1.1 - Classificação fisiopatológica do Pé Diabético, segundo sinais e sintomas

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do pé	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da úlcera (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querotásico periulcerativo; não dolorosas	Latero-digital; sem anel querotásico; dolorosas

Fonte: Dealey, 2006; International Diabetes Federation, 2006.

O enfermeiro durante a consulta deve realizar a avaliação Neurológica do pé do cliente diabético compreendendo a avaliação da sensibilidade (tátil, dolorosa-térmica e vibratória), a avaliação de reflexos tendíneos e a avaliação da função motora com o intuito da identificação da perda da sensibilidade protetora dos pés também para classificação de risco e prevenção de complicações.

Os testes que se mostraram mais úteis segundo Brasil (2016) para a pesquisa de neuropatia periférica no contexto do Pé Diabético foram as avaliações de sensibilidade tátil com monofilamento e vibratória. Vale destacar que a ausência total ou parcial do reflexo Aquileu também constitui um importante sinal preditivo de processos ulcerativos nos pés e deve ser periodicamente avaliado. A avaliação do pé foi fundamentada em Brasil (2016).

I. Avaliação da sensibilidade tátil utilizando o teste com monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstem

Método de avaliação da sensibilidade tátil

1º – Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitar ao mesmo que diga “sim” cada vez que perceber o contato com o monofilamento.

2º – Aplicar o monofilamento adequado (10 gramas) perpendicular à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque.

3º – Pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele.

4º – O tempo total entre o toque para encurvar o monofilamento e sua remoção não deve exceder 2 segundos.

5º – Perguntar, aleatoriamente, se o paciente sentiu ou não a pressão/toque (SIM ou NÃO) e onde está sendo tocado (Pé Direito ou Esquerdo).

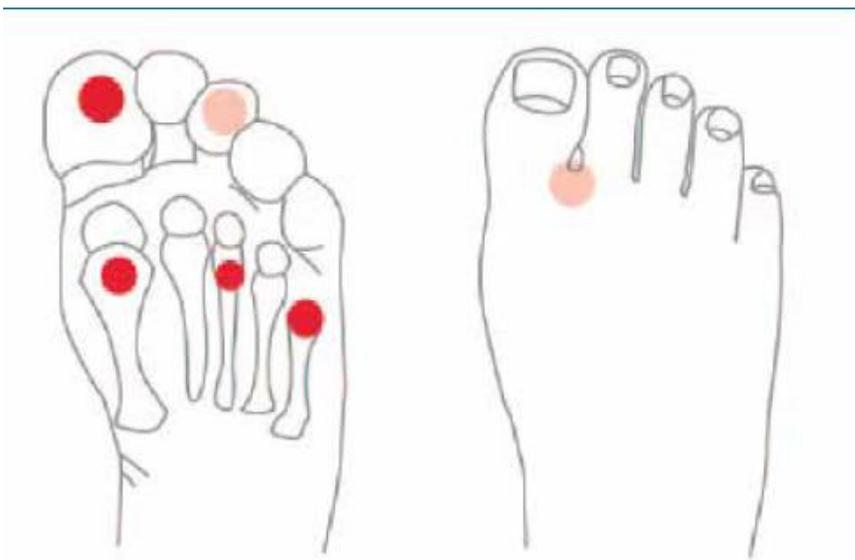
6º – Serão pesquisados quatro pontos (pontos vermelho-escuro na Figura a seguir), em ambos os pés.

7º – Aplicar duas vezes no mesmo local, alternando com pelo menos uma vez simulada (não tocar), contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação.

8º – A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.

9º – A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

Locais para avaliação da sensibilidade com o monofilamento



Fonte: BRASIL, 2016.

Observações:

- Após o uso deve ser realizada a limpeza do produto com uma solução de sabão líquido e água morna.
- O uso repetitivo do monofilamento pode ocasionar a perda de sua calibração sendo assim o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada dez pacientes examinados, para que mantenha a tensão de 10 g.
- A vida útil do produto, em geral, é de 18 meses.

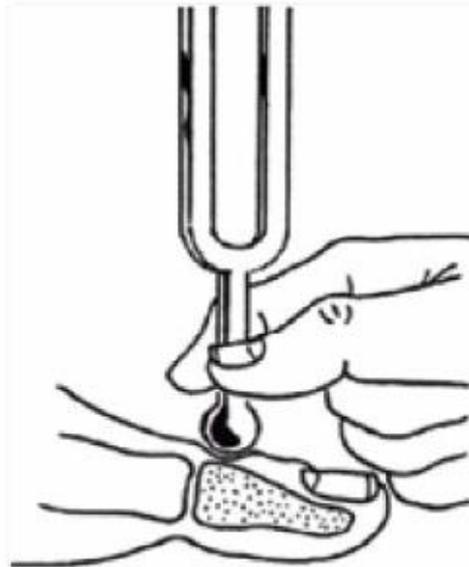
II. Avaliação da sensibilidade vibratória com diapasão de 128 Hz

O diapasão deve ficar em contato com a parte óssea no lado dorsal da falange distal do hálux, em ambos os pés, mas alternativamente o maléolo lateral pode ser utilizado.

Ao realizar o teste o enfermeiro deve:

- 1º – Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitá-lo que informe quando começar e quando deixar de sentir a vibração.
- 2º – Segurar o cabo do diapasão com uma mão e aplicar sobre a palma da outra mão um golpe suficiente para produzir a vibração das hastes superiores.
- 3º – Aplicar a ponta do cabo do diapasão perpendicularmente e com pressão constante sobre a falange distal do hálux (Figura abaixo). A pessoa examinada não deve ser capaz de ver se ou onde o examinador aplica o diapasão.
- 4º – Manter o cabo do diapasão até que a pessoa informe não sentir mais a vibração.
- 5º – Repetir a aplicação mais duas vezes, em ambos os pés, mas alternando-as com pelo menos uma aplicação “simulada” em que o diapasão não esteja vibrando.
- 6º – O teste é considerado anormal quando a pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando.
- 7º – A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
- 8º – A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

Local de avaliação



Fonte: BRASIL, 2016.

O resultado do teste será considerado positivo (alterado) se o paciente responde de forma incorreta (pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapásio vibrando), em pelo menos duas de três aplicações, e negativo (normal) com duas das três respostas corretas.

Caso alterado, recomenda-se a repetição do teste em local mais proximal (maléolo ou tuberosidade tibial).

III. Avaliação do reflexo tendíneo Aquileu

Realizado por meio da percussão com o martelo de reflexos ou com a digitopercussão do tendão de Aquiles.

A técnica para avaliação do reflexo tendíneo Aquileu é:

1º – Esclarecer o paciente sobre o teste. O paciente deve estar sentado, com o pé pendente, ou ajoelhado sobre uma cadeira.

2º – O pé da pessoa examinada deve ser mantido relaxado, passivamente em discreta dorsoflexão.

3º – Aplicar um golpe suave com martelo de reflexos ou com digitopercussão sobre o tendão Aquileu, conforme Figura.

4º – A resposta esperada é a flexão plantar reflexa do pé, conseqüente à percussão do tendão.

5º – O teste está alterado quando o reflexo está ausente ou diminuído.



Fonte: BRASIL, 2016.

Avaliação Vascular

Durante o exame físico do componente vascular deve contemplar, no mínimo, a palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores. Os achados da palpação vascular devem ser correlacionados com os achados gerais na avaliação de pele (coloração, temperatura, distribuição dos pelos) e unhas (trofismo).

Caso o exame clínico levante a suspeita de vasculopatia (por exemplo, pulsos diminuídos ou não palpáveis) e não consiga se palpar os pulsos, deve-se encaminhar o paciente para avaliação vascular complementar.

Técnica Palpatória da artéria



A – Palpação do pulso
pedios dorsal



B – Palpação do pulso
tibial posterior

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

ADHB - **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <umahttp://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg> Acesso em: Setembro/2017.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012**. 110 p (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

BRASIL. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) **Cidades médias: espaços em transição**. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica**. Belo Horizonte: 2012.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária em Evidencias**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FLORIANOPOLIS. Prefeitura Municipal. **Protocolo de Enfermagem volume 1- Hipertensão Arterial, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude> acesso em 24/02/17

FONSECA, Gildete Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. **Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros**. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em:

<<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes-claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

FRANÇA, Iara Soares de. **Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011**. Disponível em: <<file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001.

PARISI, M. C. R. Úlceras no pé diabético. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo, Atheneu, 2003. p. 279-286.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001.

PARISI, M. C. R. Úlceras no pé diabético. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo, Atheneu, 2003. p. 279-286.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>> Acesso em: Agosto/2017.

MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. **RECENF** v.11, n.3, p. 308-317, 2005.

MEC. Ministério da Educação. Portal do MEC. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/32962>> Acesso em: Setembro/2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3 ed. Belo Horizonte: 2013.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica**. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Montes Claros, 2013.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Montes Claros, 2015.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Montes Claros, 2015.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Montes Claros, 2017.

PARISI, M. C. R. Úlceras no pé diabético. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo, Atheneu, 2003. p. 279-286.

PNAD .Pesquisa Nacional : Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149> Acesso em: Setembro/2017.

Santos, Luíz Filipe Rodrigues dos; Santos, Maria Santana Silva; Santos, Thaís Pereira dos; **Desigualdades socioeconômicas em Montes Claros-MG: breves apontamentos**. V Congresso em Desenvolvimento Social, 2016.

Disponível em:

<http://www.congressods.com.br/anais/gt_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf> Acesso em: Setembro/2017.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. **Manual técnico: saúde do adulto**. 4. ed. São Paulo: SMS, 2016.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem medico cirúrgica** 9. ed. Guanabara koogan, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SOUZA, M.T *et al.* **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. *Einstein*. 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.