

Características da assistência à saúde a pessoas com *Diabetes mellitus* acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde^a

Characteristics of health assistance for *Diabetes mellitus* patients studied in pedregal II family health unit, Cuiabá, MT: reflections for the health team

Las características de la asistencia a la salud para pacientes de *Diabetes mellitus* asistidos en la unidad de salud de la familia pedregal II, Cuiabá, MT: reflexiones para el equipo de salud

Jorge Augusto Alves Silveira*
Henrique Magalhães Pereira de Resende*

Adeildo Martins de Lucena Filho**
Juliana Guisardi Pereira***

RESUMO: O *Diabetes mellitus* representa um grave problema de saúde pública apresentando incidência mundial crescente e impactos como condição crônica na vida de pessoas, famílias e sociedade. Consistindo numa condição sensível à atuação da atenção primária à saúde, a detecção precoce e o acompanhamento criterioso por profissionais de saúde, têm estreita relação com qualidade e uma maior sobrevivência das pessoas com diabetes. Este estudo visa caracterizar as pessoas com diabetes e analisar seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde da Família Pedregal II do município de Cuiabá/MT, tendo como parâmetros algumas orientações do Caderno de Atenção Básica – *Diabetes mellitus* do Ministério da Saúde. O estudo teve caráter observacional, exploratório-descritivo, por meio de revisão dos prontuários e fichas Sishiperdia. A população consistiu em 45 pessoas com diabetes que tiveram acompanhamento na Unidade no período de janeiro a dezembro de 2009. Na qualificação dos dados coletados constatou-se que 98% eram maiores de 45 anos; 71% mulheres; e 82% alfabetizados. Parâmetros como circunferência abdominal, avaliação do fundo de olho e exame dos pés foram realizados em menos de 12% das pessoas. Exames laboratoriais como glicemia de jejum e hemoglobina glicada foram pouco solicitados. As orientações sobre tabagismo, atividade física e dieta não foram valorizadas nas consultas ou não foram devidamente anotadas. Avaliando os registros em prontuário e ficha Sishiperdia, a maioria dos resultados aponta para um acompanhamento bastante deficiente às pessoas com diabetes na população estudada, apontando para necessidade de revisão da eficácia de registros e educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à saúde. Portadores de *Diabetes mellitus*. Saúde Pública.

ABSTRACT: *Diabetes mellitus* represents a serious public health problem presenting an increasing world incidence and impacts as a chronic condition in the life of patients, their families and society. As a condition sensible to the work of primary health assistance, its early detection and a multicriteria follow-up by health professionals have a close relationship to quality of life and higher survival rates. This study aims to characterize patients with diabetes and to analyze their follow-up in Pedregal II Basic Family Health Unit of Cuiabá/MT, having as parameters some guidelines from the Notebook of Basic Assistance – *Diabetes mellitus* of the Health Ministry. The study is observatory, exploratory and descriptive, and uses medical histories and Sishiperdia records. The population consisted of 45 subjects with diabetes that were followed-up in the Unit from January to December 2009. In the qualification of the collected data one evidenced that 98% were older than 45 years; 71% were women; and 82% were literate. Parameters such as abdominal circumference, and ocular fundus and feet exams were carried through in less than 12% of subjects. Lab exams as fast glycemia and glycosated hemoglobin were uncommon requests. Guidelines about smoking, physical activity and diet were not evaluated in consultations nor duly registered. Evaluation of medical registries and Sishiperdia records showed a very deficient follow-up procedure for diabetes patients in the studied population, pointing to the necessity of examining the effectiveness of registers and permanent education of health professionals responsible for assistance.

KEYWORDS: Health assistance. *Diabetes mellitus* patients. Public Health.

RESUMEN: *Diabetes mellitus* representa un problema de salud pública serio que presenta una incidencia cada vez mayor en el mundo e impactos, como condición crónica, en la vida de pacientes, de sus familias y de la sociedad. Como condición sensible al trabajo de la asistencia primaria a la salud, su detección temprana y un acompañamiento con criterios múltiples por los profesionales de salud tienen una relación estrecha a la calidad de vida y a índices de supervivencia más altos. Este estudio intenta caracterizar a pacientes con diabetes y analizar su acompañamiento en la unidad básica de salud de la familia Pedregal II de Cuiabá/MT, teniendo como parámetros algunas pautas del Cuaderno de Asistencia Básica – *Diabetes mellitus* del Ministerio de la Salud. El estudio es observatorio, exploratorio y descriptivo, utilizando historiales médicos y registros Sishiperdia. La población consistió en 45 sujetos con diabetes que fueron acompañados en la unidad desde enero hasta diciembre 2009. En la calificación de los datos se evidenció que 98% tenían más de 45 años; 71% eran mujeres; y 82% sabían leer y escribir. Parámetros como circunferencia abdominal, y exámenes del fondo ocular y los pies fueron ejecutados en menos del 12% de sujetos. Exámenes de laboratorio como glicemia rápida y hemoglobina glicosada fueron infrecuentes. Directrices sobre fumar, actividad física y dieta no fueron evaluadas en consultas ni debidamente registradas. La evaluación de historiales médicos y de registros Sishiperdia demostró un procedimiento muy deficiente de acompañamiento de los pacientes de diabetes en la población estudiada, señalando la necesidad de examinar la eficacia de registros y la educación permanente de los profesionales de salud responsables de la asistencia.

PALABRAS LLAVE: Asistencia a la salud. Pacientes de *Diabetes mellitus*. Salud Pública.

a. Pesquisa de Conclusão do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde da Família) do Ministério da Saúde, com financiamento do CNPq.

* Graduando em Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso. Bolsista do PET-Saúde da Família de Cuiabá, MT.

** Médico de família da Secretaria Municipal de Cuiabá/MT. Preceptor do PET-Saúde da Família de Cuiabá, MT.

*** Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva. Professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso. Tutora do PET-Saúde da Família de Cuiabá, MT. E-mail:juguisardi@yahoo.com.br

Introdução

O *diabetes mellitus* (DM) é uma doença crônica que exige acompanhamento a longo prazo e cuidado individual para prevenção de complicações agudas e crônicas, estando associada a elevados custos econômicos e sociais, tanto para indivíduos e famílias, quanto para a sociedade^{1,2}.

A condição crônica é compreendida como uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, necessitando de adaptações e precauções na vida, envolvendo estratégias para lidar com os sintomas e as relações familiares e sociais; necessitando de monitoramento contínuo e ampla estrutura de suporte de serviços. Além disso, o processo de cura é muito lento ou inexistente, gerando incapacidade residual e, algumas vezes, frequente recorrência da doença³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, em 2020, as condições crônicas serão a primeira causa de incapacidade no mundo e o problema mais dispendioso para todos os sistemas de saúde. Considerando que a adesão aos tratamentos chega a apenas 20%, as condições crônicas geram impactos negativos, tais como encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares⁴.

O DM apresenta altos índices de morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, cegueira, doença cardiovascular e amputação de membros inferiores. Dados de 1997 da OMS estimavam que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estariam cegos, 10% teriam deficiência visual grave. Além disso, após esse mesmo período de doença, 30 a 45% teriam algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25%

teriam desenvolvido doença cardiovascular⁵.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao *Diabetes* variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o *Diabetes* envolve, ainda, outros custos relacionados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta pessoas e suas famílias. Há que se considerar, ainda, a carga adicional à sociedade em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura⁵.

Sua crescente incidência mundial tornou-a uma importante causa de morbidade e mortalidade. É sabido que a DM associada à desregulação metabólica proporciona alterações secundárias e, que nos Estados Unidos da América esta síndrome tornou-se a principal causa de doença renal em estágio terminal, de amputações não traumáticas em membros inferiores, cegueira em adultos, além de predisposição para doenças vasculares⁶.

Sabe-se que a cada 10 segundos uma pessoa morre no mundo de causas relacionadas ao *Diabetes* e, nesse mesmo intervalo de tempo duas pessoas desenvolvem *Diabetes*. Além disso, pessoas com *diabetes tipo 2* têm sua expectativa de vida diminuída, em média, em 5 a 10 anos em relação a pessoas sem diabetes, principalmente por causa de doenças cardiovasculares⁷.

Segundo os dados oficiais brasileiros do censo de 1988, 7,8% da população entre 30 e 69 anos tinham DM, tendo prevalência de 3% a 17% entre as faixas etárias de 30-39 anos e 60-69 anos; 7,6% apresentavam glicemia de jejum alterada, variando de 6% a 11% entre as faixas etárias; e em torno

de 50% dos pacientes não sabiam seu diagnóstico⁸.

Para se ter idéia da gravidade da incidência desse agravo, a prevalência mundial de DM passou de 30 milhões em 1985 para 177 milhões em 2000, com tendência a chegar a 360 milhões de diabéticos em 2030. Essa propensão tem sido maior em países pobres e em desenvolvimento, tendo como variáveis: crescente o maior número de casos de obesidade, a baixa atividade física e o fácil acesso a materiais e alimentos industrializados⁹.

Corroborando com essa afirmação, recentemente foi realizada uma estimativa que sugere que o DM tem sido a quinta principal causa de morte em todo mundo, variando entre 1,7 e 5,2%, e estima-se que 11% da população igual ou superior a 40 anos seja diabética⁶.

O Brasil vem passando por diversas mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente, a partir de 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) – atualmente ampliado para Estratégia Saúde da Família (ESF). Por seu caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento no sentido de reordenar o modelo de atenção no SUS, tendo o intuito de melhorar a qualidade e o acesso à atenção primária. A ESF busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde; à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços e à redução da mortalidade infantil¹⁰.

Somado a isso, em 2008, a Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008 instituiu a lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção

Primária à Saúde, que estabelece as internações por tais condições como parâmetros para avaliação da resolutividade da atenção primária, destacando-se, nessa lista, o DM com ou sem complicações¹¹.

De acordo com esse modelo, assume-se que, para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolarem sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária, a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis e atenção, tornando-os integrados¹⁰.

Sabendo que a atenção básica à saúde constitui uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, onde grande parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos, é evidente que a equipe de saúde da família tem papel fundamental no processo de acompanhamento e prevenção das complicações do DM.

Diante dessas considerações, o presente estudo teve como objetivo caracterizar as pessoas com *Diabetes mellitus* usuárias da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Pedregal II, bem como comparar os registros realizados em consultas médicas e de enfermagem com os parâmetros do Ministério da Saúde, especificamente através do Caderno de Atenção Básica – *Diabetes mellitus* (CAB-DM)⁵, no sentido de buscar a integralidade e resolutividade da assistência à saúde prestada a essa população.

Esperava-se, ainda, contribuir para a reflexão da equipe sobre o seu trabalho, bem como com o planejamento das ações em saúde e dos investimentos necessários para o enfrentamento do agravo.

Metodologia

Esse estudo teve caráter observacional, de cunho exploratório-descritivo, do tipo série de casos, frequentemente utilizado para descrever as características da saúde humana¹³.

O local de estudo se deu na UBSF Pedregal II, que atende, segundo a Estratégia Saúde da Família, uma população adscrita de 3.150 moradores, localizada no bairro de mesmo nome, em Cuiabá/MT. O bairro é fruto de invasão à propriedade particular ocorrida em 1976, tendo sido regularizado em 1998, e assistido pelo poder público a partir de então. Duas UBSF geminadas foram inauguradas no final de 2008 pelo governo municipal em parceria com a Associação de Moradores de Bairro, no sentido de reduzir os desequilíbrios de acesso dessa população aos serviços de saúde.

A coleta de dados efetivou-se a partir da revisão dos registros aos prontuários de pessoas com *Diabetes* que passaram em consulta médica ou de enfermagem na UBSF Pedregal II, em Cuiabá/MT, no período de janeiro a dezembro de 2009. Foram considerados elegíveis para esse estudo pessoas que faziam acompanhamento regular na Unidade; aquelas que acompanhavam em outros serviços não foram considerados, tampouco as pessoas cadastradas na UBSF, mas sem prontuários.

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento estruturado constituído de questões fechadas a ser preenchido de acordo com a revisão dos prontuários e das fichas Sishiperdia, onde se buscou caracterizar as dimensões demográficas (idade, sexo, alfabetização) das pessoas com *Diabetes*, e analisar o registro de dados que se esperava encontrar, tendo como base os parâmetros CAB-DM do Ministério da Saúde⁵.

O intuito foi investigar se as medidas adotadas pela equipe para o controle do agravo quanto à periodicidade de consultas e exames, aferição e avaliação de dados antropométricos, educação em saúde, metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular, dentre outros se enquadrava nas normativas do Caderno.

O CAB-DM estabelece que a equipe de saúde tem a função de abranger a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Traz, ainda, orientações sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer diagnóstico precoce, abordagem terapêutica, manter cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem auto-cuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de vida da população.

Resultados e discussão

O número de pessoas com DM cadastradas na UBSF Pedregal II em 2009 era 69; entretanto, de acordo com os agentes comunitários de saúde, somente 45 fizeram acompanhamento pela equipe de saúde da família, sendo que os demais o fizeram em outros serviços. Foram utilizado nessa pesquisa, portanto, os prontuários dessas 45 pessoas, onde 98% eram maiores de 45 anos, 71% mulheres (Gráfico 1), e 82% eram alfabetizados. A prevalência nessa faixa etária se assemelha à observada na população brasileira em 2007¹⁴.

Quanto ao exame físico realizado em cada consulta, observou-se que 100% dos pacientes foram avaliados quanto ao peso, sendo que apenas um não teve sua altura medida em todas as consultas. Entretanto, o IMC foi registrado em

apenas uma consulta, podendo indicar que tal cálculo não tenha sido considerado nas avaliações, o que seria preocupante, uma vez que o IMC é de fundamental importância na avaliação do regime alimentar e no controle da glicemia da pessoa com DM.

Em 46,6% das consultas, foi aferida a circunferência abdomi-

nal das pessoas, o que também representa um valor inferior ao esperado, uma vez que essa medida dimensiona a gordura acumulada no abdome e pode estar associada a outros fatores como hipertensão, colesterol e triglicérides alto e obesidade, devendo ser objeto de avaliação e educação em saúde a pessoas com DM (Tabela 1).

Somente cinco pessoas fizeram ou foram encaminhadas para fazer o exame de fundo de olho, o que representa um número bastante preocupante, uma vez que a retinopatia diabética apresenta um risco de cegueira 25 vezes maior do que no restante da população⁶.

Quanto à avaliação dos pés para prevenção de neuropatia diabética e pé diabético dentre outros, o CAB – DM recomenda ao menos uma avaliação anual com uso de testes neurológicos básicos quantitativos, assim como a inspeção quanto a deformidades e ao aspecto da rede venosa. Nesse estudo, apenas cinco pessoas foram examinadas em 2009, ou seja, 11,1% do total, sendo que esta é a complicação mais comum entre pessoas com DM, podendo evoluir para um quadro irreversível, entretanto, passível de controle na atenção básica à saúde.

Conforme as instruções do CAB-DM do Ministério da Saúde, a periodicidade da dosagem de hemoglobina glicada (Alc) é trimestral, até a obtenção do controle, passando para semestral, uma vez que os glóbulos vermelhos sanguíneos se renovam a cada dois ou três meses, medindo assim, a quantidade de glicose que se combinou de forma irreversível.

Nesse levantamento, não foi possível caracterizar o valor glicêmico das pessoas com DM, de forma que não se pode prever o número mínimo de exames de hemoglobina glicada necessários às pessoas envolvidas nesse estudo. No entanto, se considerássemos que todos os 45 pacientes estivessem com o nível glicêmico controlado, 84,44% não atingiriam o mínimo necessário de exames. (Gráfico 2).

A dosagem da glicose de jejum deve ser feita mensalmente para avaliar a eficiência do plano alimentar, da medicação oral e ori-

Gráfico 1. Número de pessoas com *Diabetes mellitus* da UBS Pedregal II, segundo faixa etária e sexo

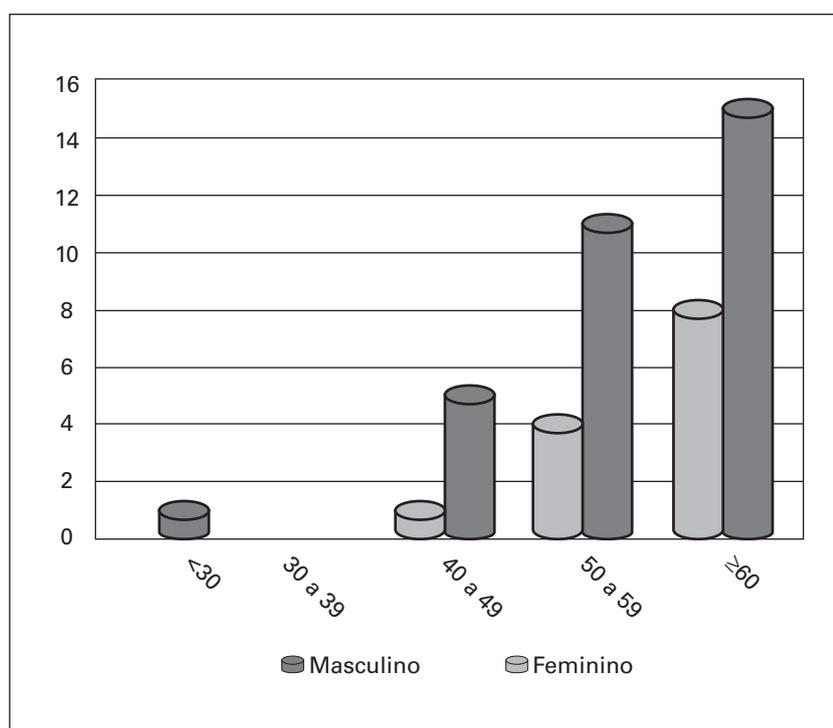


Tabela 1. Porcentagem de avaliações realizadas nas consultas médicas e de enfermagem da UBS Pedregal II, registradas nos prontuários

Peso	100%
Altura	97,78%
Pressão arterial	100%
Fundoscopia*	11,11%
Exame de pé	11,11%
Histórico Familiar	8,89%
Co-morbidades	95,56%
Circunferência Abdominal	37,78%

*Pesquisou-se tanto o registro do valor do exame de fundoscopia já realizado por ocasião da consulta ou o encaminhamento para oftalmologista para avaliação.

entar as mudanças no trabalho. O objetivo do tratamento é manter valores próximos a 100mg/dl na glicemia de jejum, 140-180 mg/dl de glicose plasmática duas horas pós-prandiais e hemoglobina Alc abaixo de 7%⁵.

Entretanto, o registro nos prontuários demonstrou que a maior parte das pessoas com DM realizou esse exame apenas uma vez no ano de 2009, sendo que o maior número de exames encontrados foi quatro em duas pessoas (Gráfico 3).

O controle do colesterol e triglicerídeos em adultos com DM tipo 2 é de especial importância, visto que este agravo está associado com dois dos quatro principais riscos de disfunção coronária do coração. É sabido que a relação da *Diabetes* descompensada com lesões macrovasculares ainda não é totalmente compreendida. Mas, como o padrão mais encontrado em pessoas com DM tipo 2 é o alto nível de triglicerídeos e colesterol LDL, baixo nível de colesterol HDL, essas dosagens devem ser feitas anualmente^{5,12} (Gráfico 4).

Uma questão fundamental analisada nos prontuários foi o registro de orientações sobre atividade física, alimentação e tabagismo. Segundo o CAB-DM, esse tripé de orientações deve ser verificado a cada consulta, mas analisando-se os registros de todas as consultas realizadas, pôde-se observar que essas orientações foram raramente incorporadas às consultas, denotando uma prática de educação em saúde incipiente voltada ao tratamento não farmacológico do DM (Tabela 2).

Conquanto as causas modificáveis do DM tipo 2 sejam alimentação inadequada (qualidade e quantidade) e inatividade física, não é de surpreender que mudanças positivas no estilo de vida, quando realizadas, sejam tão efetivas na prevenção e controle do DM.

Gráfico 2. Distribuição percentual das pessoas com *Diabetes mellitus* da UBS Pedregal II, segundo número de pedidos de exames de Hemoglobina Glicada (A1C), registrados em prontuário no ano de 2009

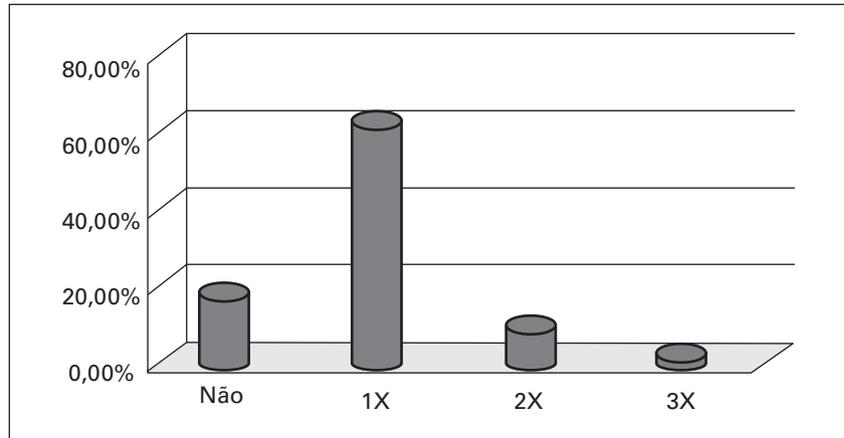


Gráfico 3. Distribuição percentual das pessoas com *Diabetes mellitus* da UBS Pedregal II, segundo número pedidos de exames de Glicemia de jejum registrados em prontuário no ano de 2009

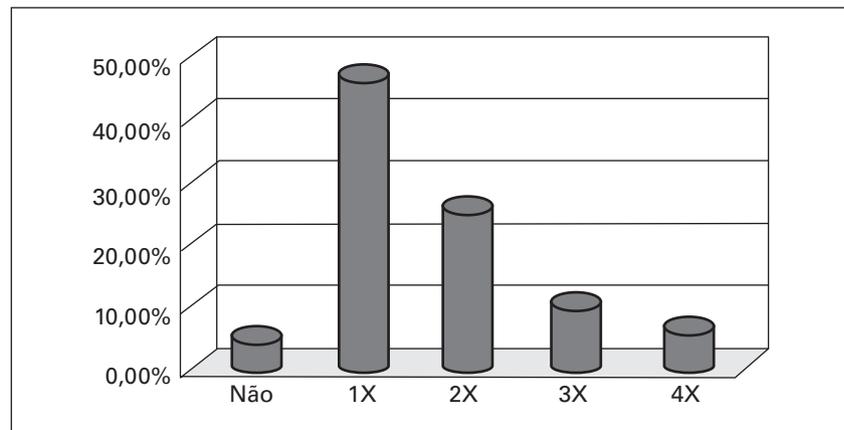


Gráfico 4. Distribuição percentual das pessoas com *Diabetes mellitus* da UBS Pedregal II, segundo número de pedidos de exames de Colesterol HDL e LDL e Triglicerídeos registrados em prontuário no ano de 2009

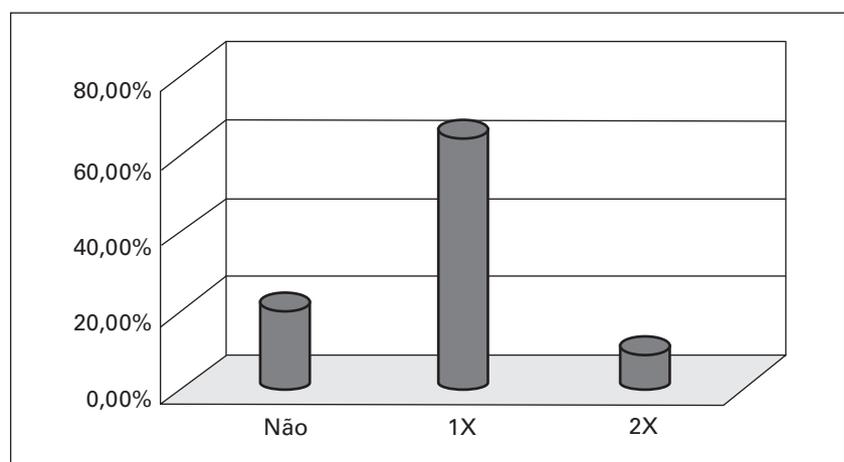


Tabela 2. Comparativo entre a periodicidade de orientações quanto ao estilo de vida recomendada pelo Caderno de Atenção Básica – *Diabetes mellitus*, e as realizadas nas consulta médicas e de enfermagem da UBS Pedregal II no ano de 2009

Parâmetro	Periodicidade Recomendada	Periodicidade em 2009
Orientação alimentar	verificar a cada consulta	11,11%
Atividade Física	verificar a cada consulta	2,22%
Tabagismo	verificar a cada consulta	0%

A informação transmitida aos pacientes sobre valores calóricos e as características dos alimentos, ajudam nessa seleção. O exercício é um potente coadjuvante, visto que a frequência de resistência à insulina, obesidade e anormalidades lipídicas são altas.

As orientações quanto à interrupção do tabagismo, da mesma maneira, são de fundamental relevância, uma vez que ocorre a diminuição dos níveis de colesterol, a melhora da cicatrização de tecidos e da circulação periférica; o controle da pressão arterial, a melhora no apetite e paladar, interferindo no controle adequado de alimentação.

Entretanto, notou-se que, ao menos em uma consulta, 55,56% das pessoas com DM foram orientadas quanto à alimentação, 33,33% quanto à atividade física e 8,89% com relação ao tabagismo. Em nenhum dos registros foram encontrados dados quanto à vacinação de qualquer natureza, ressaltando-se a importância da vacina pneumocócica nessa população.

O princípio geral do tratamento da *Diabetes mellitus* se baseia na reeducação do paciente, modificando seu estilo de vida ao suspender o tabagismo, ao controlar a atividade física, reorganizar os hábitos alimentares, e se necessário al-

terar o uso de medicamentos. Já foi bem demonstrado por estudos que 58% da incidência de *Diabetes* foram reduzidas em três anos com a mudança do estilo de vida, e que em tratamentos farmacológicos reduziram a incidência em 31% no mesmo período⁵.

Conclusão

Se os registros nos prontuários forem tomados como reflexos fidedignos das consultas, a análise dos resultados dessa pesquisa mostra que houve uma grande diferença entre os parâmetros preconizados pelo CAB-DM e o que de fato foi praticado nas consultas médicas e de enfermagem no local de estudo.

Entretanto, não se pode descartar a possibilidade de falhas no registro dos procedimentos realizados nas consultas, tais como dados do exame físico, orientações feitas e exames laboratoriais solicitados que acabam subnotificados. Sendo assim, cabem maiores aproximações com a realidade do atendimento das consultas médicas e de enfermagem para identificar os maiores pontos de dificuldade.

A importância do prontuário é procedimento óbvio, mas indispensável. A própria experiência dos Conselhos de Medicina com-

prova que o prontuário é instrumento fundamental não só para contribuir com a qualidade de atendimento ao paciente como também, quando se faz necessário, para a defesa do médico em eventuais demandas judiciais e nos Conselho de Medicina¹³.

Há que se destacar a falta de recursos físicos na UBSE, como na ausência do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), até mesmo pela falta de um computador. O SIAB faz parte das ações estratégicas da política estabelecida pelo Ministério da Saúde que visa fornecer informações que subsidiem a tomada de decisões pelos gestores dos SUS e outros planejamentos de grande importância¹⁴.

Outro tema que merece destaque é a educação permanente dos profissionais de saúde, cujos gestores locais e regionais precisam dar a devida atenção. A educação permanente em saúde, enquanto política do SUS, enfoca os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde, inserindo-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, os gestores, as instituições de ensino e os usuários para o desenvolvimento institucional e individual¹⁶.

Dessa forma, acredita-se que seja possível efetuar grandestransformações nas práticas técnicas e sociais dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS, e contribuir com as diversas demandas da equipe de saúde, especialmente em situações em que a atuação tem forte influência na promoção da saúde e prevenção de agravos ou complicações, como é o caso das pessoas com *Diabetes mellitus*.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association – ADA: Clinical Practice recommendations; 2007. Disponível em: <http://professional.diabetes.org/Default.aspx>
 2. Barceló A, Robles S, White F, Jadue L, Veja J. Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2001;10(5).
 3. Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. Rev Latino-Am Enf Ribeirão Preto. 2007;15(4).
 4. Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação. Relatório Mundial. Genebra/Brasil; 2002.
 5. Brasil. Caderno de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. 2006;16. [série A]
 6. Harrison TR, et al. Medicina Interna. 17a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2009. p. 2275-304.
 7. International Diabetes Federation – IDF. IDF Diabetes Atlas. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org>
 8. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population Aged 30-69 Yr. Diabetes Care. 1992;15(11):1509-16.
 9. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes Hoje. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>
 10. Alfradique ME, Sampaio LFR, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009;25(6):1337-49.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, 17 abr 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 12. Diabetic Lifestyle Magazine. Disponível em: <http://www.diabete.com.br/biblio/colesterol1.html>
 13. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Dados estatísticos do diabetes no Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=297936;janela=1
 15. Conselho Federal de Medicina – CFM. Resolução n. 1638 de 10 jul 2002. Diário Oficial União n. 153, secção 1, 9 ago 2002, p. 184-5.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Educação Permanente. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=266438;janela=2
-

*Recebido em 5 de novembro de 2009
Versão atualizada em 30 de novembro de 2009
Aprovado em 15 de dezembro de 2009*