



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Zanetti, Maria Lúcia; Miyar Otero, Liudmila; Foss Freitas, Maria Cristina; dos Santos, Manoel Antônio; Pontin de Mattos Guimarães, Fernanda; Barra Couri, Carlos Eduardo; Siquira Peres, Denise; Ferronato, Antonio Augusto; Dal Sasso, Karina; Siman Barbieri, Anelise  
Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência  
Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 19, núm. 4, 2006, pp. 253-260  
Universidade de Fortaleza  
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819411>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# ATENDIMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO UTILIZANDO O PROTOCOLO *STAGED DIABETES MANAGEMENT*: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Care for diabetes patients using the Staged Diabetes  
Management protocol: an experience report*

Descrição ou avaliação  
de métodos, técnicas,  
procedimentos e  
instrumentos

## RESUMO

O trabalho em equipe multiprofissional de saúde tem sido reconhecido como importante para a educação do paciente diabético. Este estudo objetivou descrever a implementação de um programa de atendimento utilizando-se o protocolo *Staged Diabetes Management* e caracterizar as atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional de saúde do Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos, de Ribeirão Preto, a pacientes com diabetes. O trabalho foi desenvolvido no período de abril de 2004 a abril de 2005, mediante encontros semanais, combinando atividades individuais e em grupo, coordenadas por enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos. Os resultados mostraram que a utilização do protocolo SDM contribuiu para melhorar o controle metabólico do paciente diabético e conseqüentemente, a cobertura medicamentosa para diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia; também aumentou a adesão ao plano alimentar, à atividade física e o conhecimento acerca da doença, e ainda, reduziu os sinais e sintomas referidos pelos pacientes. Esta experiência indicou a viabilidade da implementação do referido protocolo. Acredita-se que a divulgação de trabalhos desta natureza pode contribuir com as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde para o atendimento de pessoas diabéticas, especialmente, o automanejo da doença.

**Descritores:** Diabetes mellitus; Educação; Educação em enfermagem; Equipe de assistência ao paciente.

## ABSTRACT

*The work in multi professional health team has been acknowledged as important for the diabetic patient education. This study aimed at describing the implementation of a care assistance program using the Staged Diabetes Management (SDM) protocol; also, characterizing the activities performed by the multi professional health team of the Nurse Education Center for Adults and Elderly, from Ribeirão Preto, in the treatment of diabetic patients. The study was developed from April, 2004 to April, 2005 through weekly meetings, combining individual and group activities coordinated by nurses, physicians, nutritionists, psychologists and physical educators. The results showed that the use of the SDM protocol contributed to improve diabetic patient's metabolic control and consequently, drug cover up for diabetes mellitus, arterial hypertension and dislipidemia; also, increased the adherence to the nutrition program, to physical activity and the knowledge about the disease; and yet, reduced the signs and symptoms referred by the patients. This experience, showed the viability of implanting the referred protocol. The authors believe that the disclosure of this type of study might contribute to the guides commended by World Health Organization for the care of diabetic patients, specially the disease's self-managed care.*

**Descriptors:** Diabetes mellitus; Education; Education, nursing; Patient care team.

Maria Lúcia Zanetti<sup>(1)</sup>  
Liudmila Miyar Otero<sup>(2)</sup>  
Maria Cristina Foss Freitas<sup>(3)</sup>  
Manoel Antônio dos Santos<sup>(4)</sup>  
Fernanda Pontin de Mattos  
Guimarães<sup>(5)</sup>  
Carlos Eduardo Barra Couri<sup>(6)</sup>  
Denise Siqueira Peres<sup>(7)</sup>  
Antonio Augusto Ferronato<sup>(8)</sup>  
Karina Dal Sasso<sup>(9)</sup>  
Anelise Siman Barbieri<sup>(10)</sup>

1) Enfermeira, Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em Enfermagem.

2) Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

3) Médica, Professora Doutora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

4) Psicólogo, Professor Doutor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;

5) Nutricionista, Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

6) Médico, Doutorando da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

7) Psicóloga, Professora Mestre da Universidade Jose do Rosario Velhano, UNIFENAS

8) Psicólogo. Colaborador

9) Enfermeira, Especialista em Laboratório da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

10) Nutricionista.

Recebido em: 08/06/2006

Revisado em: 04/08/2006

Aceito em: 02/10/2006

## INTRODUÇÃO

A atenção em diabetes mellitus e o manejo de suas complicações constituem prioridades para a saúde pública mundial. Nessa direção, a prevenção em diabetes mellitus deve ser realizada nos diferentes níveis de atendimento à saúde, mediante a identificação de indivíduos em risco – prevenção primária, identificação de casos não diagnosticados – prevenção secundária, e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando prevenir complicações agudas e crônicas – prevenção terciária<sup>(1)</sup>.

A proposta da Organização Mundial da Saúde em 2003<sup>(2)</sup> para o atendimento de pessoas diabéticas pressupõe o envolvimento do paciente e sua família, das organizações de saúde e da comunidade no tratamento. Além disso, é fundamental o desenvolvimento de diretrizes de saúde bem definidas, formação de lideranças em saúde, planejamento de programas e locação de recursos humanos para a educação em diabetes.

É importante ressaltar a necessidade de acompanhamento, de apoio e de seguimento contínuo do paciente por uma equipe multiprofissional de saúde, pois, quando os pacientes são acompanhados de forma sistemática, é possível prevenir e/ou protelar as complicações crônicas durante a evolução do diabetes mellitus.

O reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional de saúde para a educação do paciente diabético propiciou o desenvolvimento de inúmeros projetos e programas educativos, tanto em nível nacional quanto internacional<sup>(1,3-7)</sup>.

Diante do exposto, percebemos que vários países, por meio dos profissionais, das sociedades científicas, das instituições não governamentais e da comunidade, reconhecem a importância da reorganização do sistema de saúde para a resolução dos problemas apresentados pelos pacientes diabéticos. Nesse sentido, vários projetos e programas têm sido elaborados e implementados na tentativa de lidar com a demanda atual dos pacientes diabéticos. Dentre estes modelos, chamou-nos a atenção o *Staged Diabetes Management* (SDM)<sup>(5)</sup>.

O SDM é um protocolo de atendimento sistematizado ao paciente diabético desenvolvido pelo International Diabetes Center (IDC), em Minneapolis (USA), no ano de 1989. Este protocolo contém um livro texto e dois Guias Rápidos para direcionar o atendimento ao paciente diabético pela equipe multiprofissional. Os Guias Rápidos são documentos baseados nas recomendações da American Diabetes Association - ADA, do National Diabetes Data Group, do International Diabetes Federation - IDF e da Organização Mundial da Saúde - OMS. Definem as bases do tratamento e os métodos para a tomada de decisão pelos profissionais em relação ao tratamento, bem como orientam

a equipe multiprofissional para oferecer aos pacientes diabéticos os meios para o manejo de sua doença. Esse Guia está estruturado para classificar e diagnosticar a doença, para definir opções de tratamento e monitorar parâmetros metabólicos e lipídicos, utilizando um algoritmo que estabelece o tempo máximo de cada tipo de intervenção nas fases de início, ajuste e manutenção do tratamento.

O Guia contempla etapas terapêuticas constituídas pela etapa nutricional, pela etapa de agentes orais e pela etapa de insulina. A etapa nutricional, conhecida como dieta e exercício, constitui, no protocolo SDM, a orientação alimentar e a implementação de um programa de atividade física para ajudar os pacientes a alcançarem seus objetivos metabólicos. A etapa denominada agentes orais refere-se ao uso dos antidiabéticos orais pelo paciente. Finalmente, a etapa denominada insulina diz respeito à administração de insulina de ação rápida, intermediária e longa.

As etapas terapêuticas indicam qual é o tipo de tratamento selecionado para o paciente. Para cada etapa terapêutica – nutricional, agente oral e insulina –, o paciente percorre três fases do tratamento, a saber: fase inicial, fase de ajuste e fase de manutenção. Isto se justifica dado que o cuidado ao paciente diabético é um contínuo que se inicia com o diagnóstico – fase inicial – e evolui para a fase de ajuste até que os objetivos sejam alcançados. Nesse ponto, a terapia é mantida – fase de manutenção. Desse modo, o cuidado com o paciente diabético é definido por meio das etapas terapêuticas que indicam os progressos esperados.

Para cada etapa terapêutica, o paciente percorre as seguintes fases: na fase inicial a equipe multiprofissional obtém os dados do paciente para fins de diagnóstico e início do tratamento. Cabe ressaltar que cada tipo de diabetes ou complicação requer informações e dados diferentes para o diagnóstico e tomada de decisões clínicas.

Na fase de ajuste do tratamento, ocorrem as mudanças na terapêutica, ou seja, na dose de insulina, na alimentação, na atividade física ou nos antidiabéticos orais. Estes ajustes visam otimizar o controle da doença. Esta fase pode levar dias ou meses e está ancorada na participação substancial do paciente, pois são os dados fornecidos por ele que vão direcionar as mudanças no tratamento.

A fase de manutenção se inicia quando o paciente alcança os objetivos esperados e está ativamente envolvido na manutenção do tratamento. Espera-se que os pacientes saiam e entrem nesta fase, independentemente da etapa da terapia. Os fatores que influenciam a saída do paciente dessa fase são as mudanças no estilo de vida, a adesão ao plano alimentar, ajustes sociais e psicológicos à doença, o desejo de alcançar um bom controle e a progressão natural do diabetes.

O protocolo SDM recomenda que a implementação das etapas e suas fases subseqüentes deverão ocorrer mediante

o desenvolvimento de um programa educativo direcionado às necessidades reais dos pacientes atendidos. As etapas terapêuticas são adaptadas para cada tipo de diabetes, podendo ser introduzidas, ajustadas ou substituídas ao longo do tratamento, sendo, portanto, dinâmicas.

Tal protocolo já foi implementado em diversos países, com comprovada redução nos níveis de hemoglobina glicosilada e diminuição das complicações crônicas advindas do diabetes<sup>(8)</sup>.

Nessa direção, acreditando na efetividade do protocolo SDM para o atendimento a pacientes diabéticos, esse protocolo foi implementado no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos (CEEAI) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), com a finalidade de melhorar o controle metabólico, lipídico e da pressão arterial dos pacientes atendidos neste Centro. Esse protocolo consiste em uma abordagem sistemática ao paciente diabético, baseada em evidência científica, para a prevenção e tratamento do diabetes e suas comorbidades. Assim, é possível diminuir e/ou protelar as complicações em longo prazo advindas do diabetes<sup>(8)</sup>.

A motivação para realizar este estudo nos levou a estabelecer contato com a equipe responsável pelo serviço de atendimento a pacientes diabéticos, em um hospital privado da cidade de Curitiba-PR, mais especificamente com a médica responsável por este serviço, onde havia sido implementado este protocolo. Posteriormente, realizou-se uma visita ao referido hospital com o intuito de conhecer o atendimento oferecido ao paciente diabético com a implementação do protocolo SDM. Esta visita confirmou nosso interesse em implementar o protocolo.

Tendo em vista tais considerações, o objetivo deste estudo é descrever as atividades realizadas durante a implementação de um atendimento sistematizado para pacientes diabéticos, utilizando-se o protocolo *Staged Diabetes Management*.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### O ATENDIMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO UTILIZANDO-SE O PROTOCOLO STAGED DIABETES MANAGEMENT – SDM

O presente estudo utilizou o relato de experiência como método para divulgar as atividades realizadas para a implementação de um atendimento ao paciente diabético, utilizando-se o protocolo SDM. O trabalho foi realizado no CEEAI da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP, no período de abril de 2004 a abril de 2005. A implementação do protocolo SDM foi realizada sob a coordenação de uma docente da EERP-USP, responsável

pelo Programa de Educação em Diabetes deste Centro, três enfermeiras, dois médicos endocrinologistas, uma nutricionista, três psicólogos e três alunas de graduação em Enfermagem e Psicologia. A equipe executora da presente pesquisa é a mesma responsável pelo atendimento de pacientes diabéticos no referido Centro.

Para a operacionalização do protocolo SDM, estabeleceu-se um plano de trabalho para direcionar as atividades. Este plano demandou oito meses de planejamento e doze para a sua implementação.

Inicialmente, foram necessárias diversas atividades – avaliação do CEEAI, capacitação da equipe multiprofissional, recrutamento da população de estudo, construção dos instrumentos de coleta de dados e organização dos prontuários – com a finalidade de preparar o CEEAI, bem como providenciar recursos humanos e materiais necessários para a implementação do atendimento.

O passo seguinte constituiu o estabelecimento de via de comunicação com a enfermeira chefe operacional especialista em diabetes do IDC, em Minneapolis-EUA, solicitando a autorização para implementar o protocolo SDM, assim como as informações acerca dos recursos humanos e materiais necessários, e, posteriormente, a aquisição do material bibliográfico, livro texto e guias rápidos. Esta parceria possibilitou a capacitação da equipe e a assessoria técnico-científica para o aprofundamento dos estudos da equipe multiprofissional, bem como o esclarecimento de dúvidas relacionadas à implementação do protocolo SDM.

Também se realizou o levantamento dos pacientes cadastrados no CEEAI, para o recrutamento da população de estudo. Posteriormente, estabeleceu-se contato telefônico com os pacientes para convidá-los a participarem do atendimento, esclarecendo durante a ligação em que consistiria a sua participação.

Além disso, nesta fase realizou-se a construção dos instrumentos de coleta de dados, a organização dos prontuários e a reorganização do espaço físico do CEEAI. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP em 19 de dezembro de 2002 (protocolo nº 03172002).

Posteriormente, realizou-se uma reunião com os pacientes que, após convite realizado pelo telefone, compareceram ao CEEAI. Esta reunião teve como finalidade esclarecer os pacientes em relação aos objetivos do atendimento, utilizando-se o protocolo SDM. Nesta reunião, compareceram cinquenta e sete pacientes que, após serem esclarecidos sobre a natureza e objetivos do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Durante o desenvolvimento do estudo houve perda de seguimento de três pacientes. Destes, dois foram a óbito e um abandonou o estudo.

Os pacientes foram subdivididos em quatro grupos, sendo quatro grupos com quatorze pacientes e um com quinze componentes. Essa divisão em pequenos grupos visou facilitar a comunicação entre os pacientes e a equipe de trabalho, bem como a identificação das necessidades dos diabéticos. A cada terça-feira, os quatro grupos de pacientes eram atendidos, em esquema de rodízio, pelas especialidades: enfermagem, medicina, nutrição, psicologia e educação física. Desse modo, quatro grupos eram atendidos simultaneamente. Dado o número de consultas individuais agendadas pela enfermeira e pelo médico, foi necessário utilizar também as quartas-feiras, exclusivamente para este fim. Assim, as atividades eram realizadas em diferentes dias por conveniência da equipe, no intuito de favorecer o atendimento individualizado dos pacientes.

Os grupos eram complementados com estratégia de atendimento individual, aplicada na pré-consulta de enfermagem, na consulta médica e de enfermagem, na consulta de nutrição e no atendimento psicológico. Na primeira consulta médica e de enfermagem, foram solicitados exames laboratoriais para cada paciente. Na pré-consulta de enfermagem, verificava-se o peso corporal, glicemia capilar pós-prandial e pressão arterial. Também eram investigados os relatos dos pacientes relacionados aos sinais e sintomas apresentados durante a semana anterior. A enfermeira participou de todas as consultas médicas e discutiu com o médico e o paciente as condutas terapêuticas.

Após receber os resultados dos exames laboratoriais – glicemia plasmática de jejum, pós-prandial, hemoglobina A1c, colesterol total, triglicérides, microalbuminúria e glicosúria fracionada –, procedeu-se à análise e organização dos exames pelo médico e pela enfermeira, visando ao agendamento das consultas subseqüentes. Os critérios para a ordem de entrada dos pacientes nas consultas para início, ajuste e manutenção da terapêutica foram os valores de referência para o controle glicêmico, lipídico e de pressão arterial, sendo que os pacientes com mau controle glicêmico, lipídico ou de pressão arterial foram os primeiros chamados para as consultas com os profissionais de saúde.

Optamos por apresentar as atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional do CEEAI de acordo com as especialidades, sem perder de vista que o trabalho multiprofissional é produzido a partir do entrelaçamento de saberes e práticas oriundas de diversas especialidades da área de saúde.

### Enfermeiras e médicos

No período de abril de 2004 a abril de 2005, todas as segundas-feiras, das 14:00 às 17:00 horas, as atividades do CEEAI eram organizadas pelas enfermeiras e alunas de iniciação científica de enfermagem, para o atendimento dos pacientes em seguimento, que ocorreria no dia

seguinte. As atividades consistiam de: confecção das listas de presença, sinalização das salas de atendimento com relação às diferentes especialidades, reposição de material, organização e atualização das informações sistematizadas nos prontuários. Durante este período, também eram realizados semanalmente contatos via telefone com todos os pacientes participantes do estudo, para reafirmar a necessidade de comparecerem às atividades, às terças-feiras, no CEEAI.

Os pacientes agendados para as consultas médicas e de enfermagem compareciam ao Centro às 13:00 horas. Primeiramente, era realizada a pré-consulta de enfermagem individual. Na pré-consulta investigaram-se as informações relacionadas ao tratamento atual do paciente, sinais e sintomas do diabetes e verificação do peso, glicemia capilar pós-prandial e pressão arterial, com o objetivo de conhecer as condições do paciente. Após a pré-consulta de enfermagem, o paciente participava de palestras previamente programadas.

As atividades educacionais foram implementadas mediante as modalidades: **grupal**, em sala de aula, por meio de palestras educativas, e **individual**, mediante o reforço das orientações a cada consulta, com base na padronização para o desenvolvimento de programas de educação de pessoas com diabetes nas Américas<sup>(3)</sup>. Para o desenvolvimento das palestras, foram utilizadas as fases de aquecimento, desenvolvimento e finalização. Todos os pacientes (n=57) eram convidados a participar das palestras, às terças-feiras, das 14:00 às 14:30 horas. Os conteúdos das palestras foram organizados considerando as dificuldades identificadas pelos profissionais durante o atendimento dos pacientes. Os temas abordados foram: definição e tratamento do diabetes, atividade física, alimentação, cuidados com os pés, antidiabéticos orais, conhecimento acerca dos parâmetros clínicos, hipoglicemia, insulina, complicações crônicas, situações especiais e apoio familiar.

Para o desenvolvimento dos conteúdos, foram utilizadas diversas estratégias de ensino, tais como: simulações, dramatizações, dinâmicas de grupo, caminhadas no parque, relatos de experiências, festas comemorativas, aulas expositivas, demonstrações, entre outras. Utilizaram-se como materiais didáticos: cartazes, figuras, transparências em retroprojeto, projetor de *slides*, multimídia, folhetos e materiais específicos para o controle do diabetes para demonstração. O conteúdo selecionado foi organizado em tópicos, para melhor visualização.

Após a participação nas palestras em grupo, os pacientes eram subdivididos, conforme agenda prévia, para: consulta médica, de enfermagem, nutrição e apoio psicológico grupal. Os pacientes não agendados para estas atividades realizavam a verificação do peso corporal, da pressão arterial e da glicemia capilar, e retornavam ao seu domicílio.

As consultas médicas e de enfermagem eram realizadas às terças e quartas-feiras, no horário das 13:00 às 18:00 horas, sendo agendados de oito a dez pacientes por período. Foram utilizados 69 dias para realizar 385 consultas médicas e de enfermagem. O número de consultas variou de duas a vinte e uma por paciente. Essa variabilidade se explica pelas diferenças individuais observadas quanto à necessidade de ajuste terapêutico para a obtenção do controle metabólico.

Durante a consulta médica e de enfermagem, com base no exame físico, na entrevista, nos exames laboratoriais e nos parâmetros clínicos obtidos durante a pré-consulta de enfermagem, eram tomadas as condutas terapêuticas segundo os algoritmos de decisão preconizados pelo protocolo SDM, percorrendo as diversas etapas e fases da terapêutica de acordo com as necessidades de cada paciente.

Conforme as necessidades individuais dos pacientes, era indicada a realização da automonitorização domiciliar da glicemia capilar. Esta monitorização teve como finalidade conhecer o controle glicêmico do paciente durante os dias posteriores à consulta médica e de enfermagem, bem como avaliar os resultados das decisões terapêuticas adotadas. Estes resultados eram analisados pelo médico e pela enfermeira em consultas posteriores para o ajuste ou manutenção da terapêutica. Nesta fase, ainda, o paciente recebia da enfermeira e do médico uma orientação individual reforçando o cumprimento do cardápio alimentar prescrito pela nutricionista, o incremento da atividade física como parte do tratamento, assim como os aspectos relacionados aos medicamentos prescritos – dose correta, horário de administração, efeitos colaterais, aplicação correta de insulina, realização do rodízio e sítios de aplicação. Ao término da orientação, solicitava-se ao paciente para explicar a terapêutica indicada, visando verificar a sua compreensão. Para aqueles casos em que era indicada a automonitorização da glicemia capilar no domicílio, foram fornecidos os materiais: monitor de glicemia do paciente, lancetas e tiras reagentes. Realizou-se também um recordatório do procedimento de verificação da glicemia capilar e procurou-se certificar de que o paciente compreendeu as informações recebidas. Para ajudar na compreensão das medicações, foi elaborado um folheto contendo o nome, dose e horário das medicações prescritas. Solicitou-se ao paciente que colocasse o cartaz em um lugar visível no domicílio, para lembrá-lo de tomar as medicações certas em horários e doses corretas, visando reduzir os erros e eventuais esquecimentos. Ao término da consulta médica e de enfermagem, o paciente era encaminhado para a consulta de nutrição.

### Nutricionistas

O objetivo do atendimento nutricional aos pacientes do SDM foi avaliar o estado nutricional e definir necessidades,

estabelecer objetivos realísticos para o plano alimentar e controle do diabetes, orientar o plano alimentar e avaliar, bem como ajustar a alimentação, baseando-se na resposta e controle metabólico do indivíduo diabético.

Durante o período do estudo, foram realizadas, no mínimo, três consultas nutricionais individualizadas.

Na primeira consulta, foram realizados: o preenchimento da ficha de identificação nutricional, o recordatório alimentar e o questionário de frequência. O objetivo da escolha destes instrumentos foi verificar os hábitos e inadequações alimentares, bem como o estado nutricional. Esta consulta se deu em um momento anterior à coleta dos exames bioquímicos.

A partir dos dados da primeira consulta e dos resultados dos exames bioquímicos, estimaram-se as necessidades nutricionais diárias por meio da fórmula de bolso ( $25 - 30 \text{ kcal} \times \text{peso [kg]}^{(9)}$ ).

Os resultados laboratoriais relativos ao perfil lipídico também impuseram a modificação das estratégias adotadas pelas nutricionistas. Dessa forma, foram introduzidos, neste momento, o atendimento grupal para a orientação nutricional, com o objetivo de reforçar os aspectos relacionados ao plano alimentar e à importância do cumprimento do mesmo. Concomitantemente, as orientações individuais foram mantidas, nos casos necessários. A orientação grupal de nutrição foi realizada na forma de palestras em grupos de 12 a 14 pacientes, utilizando-se de material didático como retroprojektor, transparências, cartazes e figuras como a pirâmide alimentar.

O plano alimentar personalizado com o fornecimento da lista de substituições foi introduzido na segunda consulta. Este material tem por finalidade facilitar a escolha dos alimentos e evitar a monotonia dos cardápios. Os indivíduos que apresentavam doenças associadas, como hipertensão arterial e dislipidemia, receberam adaptações específicas no seu plano alimentar.

A pirâmide dos alimentos adaptada à população brasileira foi o guia alimentar utilizado neste atendimento. Foram estabelecidas cinco dietas-padrão (1500 kcal, 1600 kcal, 1800 kcal, 2000 kcal e 2200 kcal), com distribuição dos macro-nutrientes: carboidratos (50-60%), proteínas (10-15%) e lipídios (20-30%)<sup>(10)</sup>.

A terceira consulta individualizada com a nutricionista foi realizada somente para os indivíduos que eram encaminhados pelo médico, devido à dificuldade para alcançar um bom controle metabólico. Este atendimento visava reforçar as orientações nutricionais, adequar o plano alimentar, quando necessário, e atenuar as dificuldades no seguimento deste.

Durante as consultas nutricionais, forneceram-se também recomendações complementares, tais como: incentivo à prática de atividade física; fracionamento

do plano alimentar em cinco a seis refeições ao dia (três refeições básicas e duas a três refeições complementares); quantidade de carboidrato distribuída nas diferentes refeições.

Após este período inicial, os indivíduos foram subdivididos em quatro grupos com aproximadamente 15 pessoas, visando à intervenção educativa das diferentes especialidades. As nutricionistas realizaram palestras sobre alimentação e nutrição, nas quais foram abordados os seguintes temas: nutrientes, fibras, pirâmide alimentar, consumo de bebidas alcoólicas, hipertensão, colesterol, adoçantes e rótulos de produtos alimentícios.

### Psicólogos

O objetivo da intervenção psicológica foi oferecer um espaço de escuta para auxiliar o paciente a lidar com as questões emocionais suscitadas pelo diabetes mellitus. Segundo Ferraz et al. (2000)<sup>(11)</sup>, o atendimento multiprofissional em diabetes mellitus requer a abordagem psicológica, uma vez que a integridade biopsicossocial do paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, de modo a assegurar uma melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico.

A intervenção psicológica consistiu, em uma etapa preliminar, na realização de entrevistas individuais para identificação das necessidades emocionais, vulnerabilidade psicossocial, percepção de causas associadas à doença, crenças em saúde, adesão a práticas populares de cura e estratégias de enfrentamento adotadas. Também foram investigadas as fontes de suporte psicossocial do paciente (rede de apoio familiar, comunitário, acesso a serviços de saúde) e de que maneira e com que efetividade ele utiliza sua rede social.

Quando era detectado um comprometimento psicológico mais grave, o paciente era encaminhado para atendimento individual em outros serviços, segundo as necessidades identificadas pelos profissionais da Psicologia ou referidas pelos pacientes durante as consultas médicas e de enfermagem. Os pacientes, de um modo geral, eram encaminhados para atendimento em grupo de apoio, oferecido com uma frequência mensal. A construção da estratégia de assistência psicológica do SDM seguiu os seguintes passos: os pacientes foram subdivididos, de forma aleatória, em quatro grupos com igual número de participantes. A cada terça-feira era atendido um grupo pela Psicologia, daí a sua frequência ser mensal. A duração de cada encontro era de aproximadamente uma hora. Foram oferecidos 12 encontros para cada grupo de pacientes, totalizando 48 reuniões.

Na implementação do grupo, foi utilizada uma combinação de estratégias, focalizando os diversos aspectos psicológicos envolvidos no tratamento, em seu

tripé básico: alimentação, medicação e atividade física. O recurso teórico-metodológico utilizado para a aplicação dos grupos foi o grupo operativo<sup>(12)</sup>, dentro de um modelo focal, de tempo e objetivos limitados. Este trabalho teve como objetivo promover uma maior aceitação pelo paciente da doença e do tratamento, modificar hábitos e estilos de vida, melhorar o vínculo com a equipe multiprofissional, aumentar a adesão ao seguimento por meio do protocolo SDM e potencializar os recursos pessoais dos pacientes para enfrentar o diabetes.

A opção pelo trabalho em grupo foi motivada por achados da literatura que referendam a aplicação dessa estratégia no contexto da assistência a pacientes portadores de doenças crônicas<sup>(13)</sup>. O grupo homogêneo por diagnóstico parece funcionar como agente facilitador do processo de mudança, na medida em que aproxima pessoas que estão vivenciando situações vitais semelhantes e que compartilham de uma identidade grupal. Esse tipo de grupo de pares potencializaria a emergência de fatores terapêuticos – isto é, mediadores de mudança, tais como: universalidade (*estamos todos nos mesmo barco*), aprendizagem interpessoal (*através do outro*), coesão grupal, altruísmo e instilação de esperança.

Para o desenvolvimento desses temas, foram utilizadas algumas estratégias, tais como: jogos, trabalhos manuais com papel, tesoura e cola (recortes de revistas, colagens em cartazes), música e relaxamento.

Os coordenadores preparavam exercícios de dinâmica de grupo que se organizavam em torno dos pilares que sustentam o atendimento multiprofissional. Assim, foram focalizados temas, tais como: o significado da alimentação, dificuldades com a dieta, sentidos atribuídos ao uso dos antidiabéticos orais e insulina, engajamento em atividades físicas, perdas e ganhos advindos da doença, sentimentos envolvidos no convívio com o diabetes mellitus e seu enfrentamento no cotidiano, além das dimensões da qualidade de vida.

Um dos objetivos do grupo era sensibilizar os pacientes para identificar ou desenvolver recursos e estratégias que motivam para o autocuidado. Em todos os encontros, foram trabalhados aspectos relativos ao vínculo e à integração dos pacientes no grupo e no CEEAI.

Também foram aplicados instrumentos padronizados, com o propósito de mensurar algumas variáveis psicológicas que poderiam indicar psicomorbididades, tais como: ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida relacionada à saúde, bem como um questionário composto por perguntas fechadas, visando conhecer as expectativas dos pacientes. Todos os instrumentos foram aplicados em dois momentos: no início e ao término do programa.

Para a avaliação do atendimento ao paciente diabético, utilizando o protocolo SDM, aplicamos um questionário de conhecimento e um de satisfação do paciente.

## IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO SDM

A implementação do protocolo SDM constituiu um grande desafio para a equipe multiprofissional de saúde tanto em relação a sua capacitação em educação em diabetes quanto à compreensão de que a aquisição do conhecimento, necessariamente, não se traduz em mudança de comportamento. Nesse sentido, podemos afirmar que, além de disponibilizar ao paciente todas as informações necessárias acerca do cuidado para o manejo do diabetes, é necessário acompanhá-lo por um período de tempo, com vistas a ajudá-lo na tomada de decisão frente às inúmeras situações que a doença impõe. Este atendimento, em consonância aos propósitos da Organização Mundial da Saúde, visa assegurar que o paciente diabético se perceba como regente de sua própria vida, responsabilizando-se pelos cuidados exigidos pela enfermidade.

Para a avaliação do atendimento, utilizamos formulários e questionários elaborados pela equipe e/ou preconizados pelo protocolo SDM. Destacamos que o protocolo possibilitou a participação dos pacientes nas decisões quanto às modificações que se fizeram necessárias no atendimento oferecido, além de favorecer a aquisição de conhecimentos para o automanejo do diabetes. A avaliação dos pacientes quanto ao atendimento com o protocolo SDM, efetuada em outro estudo<sup>(14)</sup>, mostrou que a maioria considerou como excelente o programa implementado. Quanto ao tratamento, obteve-se um aumento de cobertura medicamentosa para diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia. A adesão ao plano alimentar e à atividade física também aumentou, bem como o conhecimento acerca da doença. Além disso, houve redução dos sinais e sintomas referidos pelos pacientes, como consequência da melhora do controle metabólico alcançado com a implementação do protocolo SDM.

A experiência relatada indicou a viabilidade da implementação do SDM no contexto de Ribeirão Preto-SP. Considerando que a atenção em diabetes mellitus e o manejo de suas complicações constituem um problema de saúde pública, acredita-se que a divulgação de trabalhos dessa natureza podem contribuir com as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde<sup>(2,14,15)</sup> para o atendimento de pessoas diabéticas voltado para o automanejo do diabetes mellitus.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília, 2004.
2. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.
3. Organización Panamericana de la Salud. Atlas de educación en diabetes en América Latina y el Caribe: inventario de programas para personas con diabetes tipo 2. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
4. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. Programa de educación en diabetes del Instituto Nacional de Endocrinología: una estrategia de comunicación interactive. Revista Asociación Latinoamericana Diabetes. 1993;3:112-5.
5. Mazze R, Weaver T, Upham P, Simonson G, Bradley R, Sundem S. Staged diabetes Management - Decision Support (SDM-ds): an internet-based system for clinical decision making. Diabetes Res Clin Practice 2000; 50 (suppl.):196.
6. Grupo de estudio de la diabetes en la atención primaria de salud (GEDAPS). Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la atención primaria: contribución al programa de acción de la decaación de St. Vicent. 3ªed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
7. Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, 2002.
8. Mazze RS, Simonson GD, Strok E, Bergenstal R, Idrogo M, Ramirez S. Staged diabetes management a systematic evidence-based approach to the prevention and treatment of diabetes and its co-morbidities. Pract Diab Intern 2001;18 (Suppl 7):1-16.
9. Knobel E. Fórmula de bolso: terapia intensiva nutrição. São Paulo: Atheneu; 2005.
10. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev Nutr 1999; 12(1):65-80.
11. Ferraz AEP, Zanetti ML, Brandão ECM, Romeu LC, Foss MC, Paccola GMGF. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Medicina Ribeirão Preto 2000;33(2):170-5.
12. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 6ªed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
13. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad Saúde Pública 2003;19(4):1039-47.



14. Otero LM. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes management [Tese]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.
15. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev Latino-am Enferm 2005; 13(3): 397-406.

---

**Endereço para correspondência:**

Dra. Maria Lúcia Zanetti  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP Campus  
Universitário – USP  
Avenida Bandeirantes, 3900 – Bairro Monte Alegre  
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto - SP  
E-mail: zanetti@eerp.usp.br