



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

KELLY SILVA DE PAULA

DIABETES MELLITUS TIPO 1: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

CAMPO GRANDE - MS

2022

KELLY SILVA DE PAULA

DIABETES MELLITUS TIPO 1: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a):
PROF^a DR^a MARIA DE LOURDES OSHIRO

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

CAMPO GRANDE - MS

2022

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

DIABETES MELLITUS TIPO I: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

por

KELLY SILVA DE PAULA

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 02 de fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. O(a) candidato (a) foi arguido (a) pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria de Lourdes Oshiro

Professor Orientador

Prof Me Edgar Oshiro

Membro Titular 1

Dedicado:
à Cleuza e
ao Fábio e
ao Mariano
"Minha Família!"

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro agradecimento é a **Deus** pela oportunidade de cursar a residência. Sem essa ajuda constante nada eu conseguiria fazer.

A minha mãe **Cleuza** pelo apoio incondicional, sempre se orgulhando de mim e das minhas conquistas.

Ao meu futuro esposo **Fábio**, meu companheiro, por estar sempre ao meu lado nas minhas decisões, por ser meu braço forte em minhas fragilidades.

Ao meu irmão **Mariano** por estar sempre comigo me dando o que eu preciso para seguir em frente. Uma palavra amiga, um abraço, um safanão.

A Professora Doutora **Maria de Lourdes Oshiro** que esteve comigo em minha graduação e hoje tenho o privilégio de tê-la como minha orientadora na especialização.

A **coordenação de residência** que em momentos não favoráveis em minha vida, me estendeu a mão e me deu oportunidades.

A supervisora da USF Tiradentes **Ana Cristina ATZ** pelo apoio em todos os momentos que necessitei.

Aos colegas de trabalho da **USF Tiradentes** que conquistou grandes avanços na qualidade da saúde da população do nosso território após toda a mudança que a residência trouxe.

As colegas da **Farmácia Tiradentes** que me ensinaram muitas coisas nesse processo. Tanto em trabalho quanto em convívio e dedicação ao que se propõe a fazer.

A minha preceptora **Bárbara Medeiros Dantas** Pires que esteve comigo nesses períodos de residência me mostrando os caminhos dentro da SESAU. Mesmo com os conflitos e contradições conseguimos chegar até aqui de mãos dadas.

A minha dupla na residência, **Mônica Peixoto Fontes** que passou junto comigo por todos os momentos dessa jornada, sentindo na pele junto comigo todas as intensidades, dividindo as angústias, as felicidades, as frustrações e as conquistas.

Aos colegas de turma que fizeram parte da minha história nesses 2 anos de curso. **Primeira Residência Multiprofissional em Saúde da Família** dentro da APS em Campo Grande//MS. Mesmo com todos os infortúnios surgidos ao longo do caminho, esse é um fato para nos orgulharmos muito. Essa conquista é nossa.

Posso dizer que todos nós lutamos um bom combate e que chegamos até o fim com uma bagagem gigantesca, com a ciência de que fizemos o melhor para nossos pacientes e para

nossa equipe. O nosso maior êxito foi conhecer parceiros que sabemos que estará ao nosso lado mesmo que o tempo passe.

A todos o meu muito obrigada!

"As pessoas grandes não compreendem nada sozinhas,
e é cansativo para as crianças estar a toda hora explicando."

O Pequeno Príncipe

RESUMO

PAULA, Kelly. **Diabetes Mellitus Tipo 1: Programa Saúde na Escola. 2022. 22 pág.** Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Objetivo: Verificar o conhecimento dos professores da rede municipal e profissionais da Atenção Primária em relação ao diabetes mellitus tipo 1. Trata-se de estudo de intervenção. Participaram do estudo 18 professores da escola municipal professora Oliva Enciso; 8 profissionais da APS; 7 graduandos em licenciatura. Os dados foram coletados de forma *online* com entrevista individual utilizando-se de questionário semiestruturado e disponibilizado pela plataforma *Google* Formulários. Onde foi possível observar que, 69,7% dos participantes não sabem a diferença entre DM1 e DM2; 63,6% dos participantes não sabem em qual setor público o DM1 pode retirar seus medicamentos e insumos; 60,6% dos participantes responderam que o DM1 não pode ingerir doce; 72,2% dos participantes acreditam que em casos de episódios de hipoglicemia, o DM não pode comer doce. Os resultados demonstraram que a falta de capacitação de professores para o manejo com a criança DM1, o que gera insegurança do profissional em um caso de emergência e ansiedade nos pais e responsáveis por alunos DM1 em pensar que a criança pode precisar de primeiros socorros em uma escola onde os professores não estão aptos. E ainda, a dificuldade de manejo dos profissionais da APS mostra a necessidade de trabalhar DM1 no PSE. Verifica-se a necessidade de capacitar os professores quanto ao Diabetes Mellitus tipo 1 e melhorar das políticas públicas que requeiram a melhor compreensão do cotidiano que circunda a educação em saúde das crianças.

Palavras chaves: Diabetes Mellitus Tipo 1; Atenção Primária a Saúde; Programa Saúde na Escola. Criança. Educação em Saúde.

ABSTRACT

PAULA, Kelly. **Typo I Diabetes Mellitus: School Health Health Project. 2022. 22 pág.** Residency Completion Work - Multiprofessional Residency Program in Family Health. SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Objective: To verify the knowledge of municipal teachers and primary care professionals in relation to type 1 diabetes mellitus. Methodology: this is an intervention study. The study included 18 teachers from the municipal school teacher Oliva Enciso; 8 PHC professionals; 7 undergraduates. Data were collected online with individual interviews using a semi-structured questionnaire made available by the Google Forms platform. Results: 69.7% of participants do not know the difference between DM1 and DM2; 63.6% of participants do not know in which public sector Dm1 can withdraw their medicines and supplies; 60.6% of participants responded that DM1 cannot eat sweets; 72.2% of participants believe that in cases of hypoglycemic episodes, DM cannot eat sweets. the results showed that the lack of teacher training for the management of DM1 children, which generates insecurity of the professional in an emergency and the anxiety of parents and guardians of DM1 students to think that the child may need first aid in a school where teachers are not able. And yet, the difficulty of handling PHC professionals shows the need to work DM1 in the PSE. Final considerations: there is a need to train teachers about type 1 Diabetes Mellitus and improve public policies that require a better understanding of the daily life that surrounds children's health education.

Key words: Diabetes Mellitus Type I; Primary Health Care; Health at School Project. Kid. Health education.

LISTA DE SÍGLAS

PS	Promoção de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
MEC	Ministério da Educação
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
USB	Unidades Básicas de Saúde
PPP	Projeto Político-Pedagógico
GTI-PSE	Grupo de Trabalho Intersetorial
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
CA	Cetoacidose Diabética
DMID	diabetes mellitus insulino-dependente
APS	Atenção Primária de Saúde
UTI	Unidade Terapia Intensiva
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
PMDE	Plano de Manejo do Diabetes na Escola
ADA	Amerlcan Diabetes Association
AP	Atenção Primária
CAFE	Coordenadoria Estadual de Assistência Farmacêutica Especializada
SEREDI	Setor de Referência da Diabetes
CEI	Centro de Especialidade Infantil
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEAF	Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
DIOGRANDE	Diário Oficial de Campo Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3 METODOLOGIA	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE – QUESTIONÁRIO <i>ONLINE</i>	28
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO <i>ONLINE</i>	28
ANEXO 2 – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU	28

1 INTRODUÇÃO

O DM1 é uma das doenças crônicas mais prevalentes na faixa etária pediátrica. De acordo com Atkinson (2012), seu prognóstico clínico está diretamente relacionado a um controle metabólico adequado, o que tem íntima relação com diferentes aspectos do cuidado em saúde e requer um grau de sofisticação de saberes desafiadores para as famílias acometidas³.

As ações educativas podem visar à sensibilização e/ou a conscientização sobre algum problema de saúde, ou ações que possam evitar o surgimento de males à clientela. Nesse sentido, não se pode deixar de lembrar o quanto às ações preventivas são mais vantajosas que as ações curativistas; tanto do ponto de vista econômico, quanto do ponto de vista assistencial, uma vez que podem reduzir a incidência de doenças e contribuir para a diminuição do número de pacientes que buscam serviços de maior complexidade, mais dispendiosos e por vezes menos efetivos⁴.

O Ministério da Saúde (MS) lançou a Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006 que dispõe sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que instituiu no cenário nacional o compromisso do Estado na ampliação e qualificação das ações de PS nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde. (Entende-se como espaços de PS, todos os locais onde se desenvolvem atividades de cuidado humano, sejam unidades de saúde ou outros espaços coletivos, a exemplo das escolas)⁵.

Questões da saúde podem ser problematizadas no cotidiano de diferentes espaços sociais e de maneiras distintas. Melo refere que as práticas sociais, Educação e Saúde sempre estiveram articuladas. Nas escolas públicas de ensino fundamental questões referentes à saúde surgem nas salas de aula com diferentes representações, por professores, alunos, familiares, expressando preocupações com melhores condições de saúde e qualidade de vida. Por outro lado, questões relacionadas à educação e não problematizadas ou resolvidas pela escola, parecem ter como única alternativa os serviços de saúde, com a expectativa de resolvê-los na ótica médica⁶.

Recentemente, a redefinição do debate sobre saúde na escola emergiu do campo da promoção da saúde. Ao invés da ênfase exclusiva nos fatores e nas características biológicas, a saúde é compreendida como produto da vida cotidiana e abrange aspectos socioculturais ligados às condições de vida. Esse debate ganha força e reconhecimento no Brasil e reafirma a escola como espaço relevante para construção de cenários mais favoráveis à vida com qualidade⁶.

A Promoção da Saúde (PS) é entendida como uma estratégia de articulação transversal, integrada, inter e intra-setorial, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, respeitando as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes

no nosso país, defendendo radicalmente a equidade, e incorporando a participação e o controle social na gestão das políticas públicas compondo redes de compromisso e co-responsabilidade⁵.

A escola deve ser um espaço social importante para o desenvolvimento transdisciplinar, por ser um local de criação de muitas possibilidades e apropriado para a execução de uma educação para saúde consciente, satisfatória e ordenada, instrumentalizando os alunos para a vida cotidiana. O trabalho educativo em saúde poderia ter avançado através da incorporação de novas concepções teóricas da educação e da saúde, assim como na diversificação de seu campo de atuação. Todavia há de se considerar que aspectos relacionados à formação/capacitação/atualização dos professores, além das condições estruturais das unidades educacionais, podem dificultar a execução das atividades⁵.

As Escolas Promotoras de Saúde constituem uma iniciativa de caráter mundial que tem como antecedente a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, articulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1992. Foram lançadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/OMS na região da América Latina e do Caribe em 1995, com o objetivo de fortalecer e ampliar a colaboração entre os setores de saúde e educação nas práticas de saúde escolar, incluindo apoio e cooperação dos pais e da comunidade e impulsionando políticas na comunidade escolar⁷.

Segundo Ipollito-Sheperd⁸, a Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde se fundamenta e se baseia no conceito de promoção da saúde, criado a partir da Carta de Ottawa. Consiste então em um conjunto de ações e processos destinados a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os aspectos que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis.

Queiroz et al.⁹ afirmam que, no cuidado à saúde da criança, as ações devem ser compartilhadas entre o profissional e a mãe ou responsável. O conhecimento profissional poderá ser assimilado pelas famílias, se colocado de maneira compreensiva e numa linguagem coerente com cada cultura.

As políticas públicas de saúde afirmam que a escola é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de educação para saúde¹. No Brasil, o percurso das políticas públicas, entre elas, as da educação e da saúde, conserva distinções entre si, de acordo com os movimentos sociais que as pautaram e as constituíram, da formalização em lei, da diversidade de interesses que engendram suas agendas, bem como das responsabilidades determinadas para cada esfera governamental. Assim, historicamente, políticas de educação e saúde se estruturaram para que o seu funcionamento ocorresse de forma fragmentada, setorialmente¹⁰.

A intersetorialidade declarada como uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)¹¹, reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O MEC e o MS estabeleceram o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial.²² incorporando a deliberação de uma política intersetorial entre esses ministérios, na perspectiva de ações de atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e educação de jovens e adultos), no espaço das escolas e/ou unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), fundamentais para que o programa seja implementado^{12,13}.

As ações do PSE são desenvolvidas nos territórios definidos segundo a área de abrangência das ESF, possibilitando a criação de vínculos entre os equipamentos públicos da saúde e da educação¹⁴. As ações inovadoras de saúde na educação deverão, progressivamente, fazer parte do Projeto Político-Pedagógico (PPP) da escola¹⁵, como um novo desenho da política de educação em saúde no Brasil¹³.

O PSE também se faz presente na cidade de Campo Grande – MS. De acordo com a C.I. CIRC N. 4.240/CRAB/SESAU/2021¹⁶, 16 de agosto de 2021. Divisão de Ações Programáticas e Políticas Estratégicas da Atenção Básica – SESAU¹⁶. Em atenção ao Termo de Compromisso Municipal estabelecido entre SESAU e SEMED para adesão do município de Campo Grande ao Programa Saúde na Escola (PSE) no biênio 2021-2022, em que as ações para esse ciclo são: I. Saúde Ambiental; II. Promoção da atividade física; III. Alimentação saudável e prevenção da obesidade; IV. Promoção da cultura de paz e direitos humanos; V. Prevenção das violências e dos acidentes; VI. Prevenção de doenças negligenciadas; VII. Verificação da situação vacinal; VIII. Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST; IX. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas; X. Saúde bucal; XI. Saúde auditiva; XII. Saúde ocular; e XIII. Prevenção à Covid-19.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo, verificar o conhecimento dos professores do 5º ao 9º ano, bem como dos profissionais de saúde da atenção primária sobre o manejo dos pacientes diabéticos tipo 1 no ambiente escolar conforme PSE.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O diabetes mellitus tipo 1 é uma doença metabólica crônica caracterizada por uma deficiência de insulina, a qual é determinada pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas. Este processo, mediado pelo sistema imunológico, ocasiona um quadro permanente de hiperglicemia o qual é característico da patologia. Invariavelmente há necessidade de reposição insulínica exógena¹.

As manifestações do DM1 podem iniciar de maneira abrupta com poliúria, polidipsia, polifagia, desidratação e perda de peso ou de maneira insidiosa com sinais e sintomas menos evidentes como enurese noturna, poliúria discreta e diminuição da velocidade de crescimento. É comum a associação de letargia, fraqueza e perda de peso. Em meninas o DM1 pode se manifestar com abscessos e monilíase vaginal².

E o episódio mais difícil da vida desses pacientes, a cetoacidose diabética (CA) é uma complicação aguda do diabetes e que pode levar à morte, mesmo com tratamento adequado. Caracteriza-se por hiperglicemia, níveis elevados de corpos cetônicos no sangue e acidose metabólica e ocorre principalmente pela deficiência de insulina associada a níveis elevados de hormônios contra-reguladores (glucagon, cortisol, hormônio do crescimento e catecolaminas). Como primeira manifestação, a CA variou de 14,5% na Suécia chegando a 85% no Kuwait, demonstrando menores porcentagens em países com alta incidência. No Brasil, mais precisamente na região sul, essa taxa chega a 18%².

O diabetes mellitus insulino-dependente (DMID) é uma das doenças crônicas mais importantes das crianças em todo o mundo. O DMID leva a um risco excessivo de mortalidade de 8 a 10 vezes nos países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento a maioria dos casos morre em poucos anos. Um gradiente internacional de 60 vezes na incidência de DMID foi relatado e períodos de epidemia foram identificados. Um novo programa da Organização Mundial da Saúde, Projeto Multinacional para Diabetes Infantil (Diabetes Mondiale ou DIAMOND), foi desenvolvido para investigar e caracterizar a incidência global, mortalidade e cuidados de saúde. Detectar fatores de risco associados ao DM1 e a mortalidade pela doença; avaliar a efetividade e eficácia dos serviços de saúde e aspectos econômicos relativos ao DM1; desenvolver programas de treinamento na área da epidemiologia do diabetes².

No ano de 2019, a Federação Internacional de Diabetes estimou que cerca de 463 milhões de pessoas vivem com diabetes, ou seja, 9,3% da população mundial entre 20 a 79 anos de idade, possuíam diabetes. Pelas estimativas, até 2030, haverá 578 milhões de adultos com diabetes e 700 milhões em 2045¹⁰. No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 6,9% da população vive com diabetes, ou seja, cerca de 13 milhões de pessoas¹¹. No mundo, cerca de 1,1 milhão de crianças e adolescentes com menos de 20 anos vivem com diabetes

tipo 1. Já o Brasil, ocupa o 3º lugar em número de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1¹⁰.

Levando-se em conta uma questão fundamental do tratamento do DM1, a educação permanente, da família, da criança e do professor, percebe-se a necessidade de adotar medidas que aumentem a motivação, a participação e o aprendizado sobre a doença, tanto com o intuito de melhorar a qualidade de vida das crianças com DM1, quanto no sentido de orientar os professores em relação às medidas de prevenção e detecção precoce¹².

O tempo de convivência entre a criança e o professor na escola é grande, visto que a criança passa parte de seu dia na instituição de ensino. Diante disso, é fácil para o professor observar mudanças em seu comportamento e em sua aparência física, por isso esses profissionais devem estar capacitados para reconhecer precocemente os sinais e sintomas adversos e tomar a decisão correta sobre o que fazer. Isso contribui para uma adequada intervenção e protege a criança de complicações agudas e crônicas¹⁵.

Estudos demonstram que crianças de seis a 14 anos, portadoras de DM1, esperam que professores e colegas aprofundem seus conhecimentos sobre a doença¹⁴. Este estudo enfatiza também que um conhecimento maior acerca da doença contribuiria positivamente para a melhor aceitação e continuidade da terapêutica, além de evitar consequências futuras para a criança diabética¹⁶. Essa situação denota a falta de preparo dos educadores no que diz respeito à saúde do escolar, principalmente na temática sobre o DM1.

Foram reunidos em um estudo de revisão 40 artigos publicados, no período de 2000 a 2007, sobre os aspectos importantes para o cuidado da criança com DM no contexto escolar, destacando-se a necessidade de oferecer à escola informações sobre a doença; elaboração de um plano de cuidado, contendo quem realizará o atendimento, o local onde ficará o material e as instruções sobre como poderá ser feito o tratamento; determinar e capacitar uma pessoa responsável pela administração do medicamento; comunicar aos pais quando houver viagens ou festas para que tomem as providências necessárias, orientar a criança sobre as escolhas alimentares mais adequadas nas festas e lanches escolares e instruir sobre a contagem de carbo-hidratatos para calcular doses de insulina nos lanches e nas refeições, se necessário¹⁵.

É fato, que esforços devem ser apoiados e empreendidos com vistas a estimular as iniciativas existentes e facilitar o intercâmbio entre as escolas e outros serviços e, assim, promover a saúde, desenvolver estilos de vida saudáveis e orientar sobre condutas de PS. Afinal, a escola, enquanto espaço de intercâmbio, de convivência, de troca de experiências e formação de cidadãos, é considerada um dos cenários privilegiados da PS, além de fortalecer seus atores sociais e enriquecer ações locais¹³.

O Grupo de Trabalho Intersetorial - Projeto Saúde na Escola (GTI-PSE), instituído na Resolução nº 537, 5 de maio de 2020, tem como atribuição monitorar, avaliar e analisar os

dados coletados e apoiar as equipes de saúde e educação elaborou um formulário de planejamento denominado Plano de Manejo d Diabetes na Escola (PMDE) para ser preenchido durante as reuniões de pactuação, atendendo a sugestão do seguinte fluxo: 1- A equipe da saúde levará o formulário impresso na reunião com a unidade escolar; 2- Os representantes farão as pactuações das ações a serem desenvolvidas e assinarão o formulário no local; 3- O formulário assinado deverá ser encaminhado em formato digital (PDF) para os e-mails da Escola ou EMEI, da Unidade de Saúde da Família (USF) e do Grupo de Trabalho Intersectorial do PSE (pse.campogrande@gmail.com) para arquivamento e comprovação do planejamento¹⁶.

O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica¹³. O Projeto Saúde na Escola propõe atenção integral à saúde (prevenção, promoção e atenção) de crianças, adolescentes e jovens do ensino público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica). O PSE prevê articulação de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação básica pública, para ampliar o alcance e o impacto nas condições de saúde de estudantes e suas famílias, otimizando os espaços, os equipamentos e os recursos disponíveis¹⁷.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção para verificar a percepção dos professores e profissionais da APS sobre o diabetes mellitus tipo I e as dificuldades encontradas no manejo da criança com diabetes. Baseado no método de avaliação em saúde do plano de manejo do diabetes na escola (PMDE) da Sociedade Brasileira de Diabetes – MG - Brasil (SBD) e da American Diabetes Association - USA (ADA). Utilizou-se como roteiro de entrevista o instrumento próprio, produzido para este trabalho de intervenção baseado no PMDE - versão pública de 2014, que tem como base os pressupostos de estrutura, processo e resultado¹⁸.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Drº Antônio Pereira – Tiradentes, localizada no bairro Tiradentes no município de Campo Grande-MS-Brasil. No território de abrangência da Unidade de Saúde Tiradentes, contém cinco escolas municipais, dois EMEIS e um CEINF. A unidade escolar escolhida foi a E.M. Professora Oliva Enciso por ser a escola mais próxima da unidade de saúde Tiradentes e alunos na faixa escolar do 5º ao 9º ano. No momento da coleta de dados os serviços de APS na unidade de saúde Tiradentes contava com 8 profissionais que já participaram de PSE, da escola participaram 18 professores e da universidade participaram 7 graduandos. Totalizando 33 participantes nessa pesquisa. As perguntas foram de respostas obrigatórias, ou seja, para finalizar e contabilizar o questionário, foram respondidas todas as perguntas.

Os critérios de inclusão elencados para o estudo foram: professores de crianças na faixa escolar de 5º a 9º ano, profissionais da atenção primária a saúde com experiência no projeto saúde na escola, professores em formação que atenderão alunos na fase da adolescência. Os critérios de exclusão foram: profissionais da educação que não atuam mais como professor; profissionais da APS que não trabalham com PSE; graduandos que ainda não atingiram a maioridade; receber o questionário e não o responder.

Para o acesso aos professores, inicialmente foi feito contato com a direção escolar da E.M. Prof. Oliva Enciso, para esclarecimento dos objetivos da pesquisa, que autorizou a coleta dos dados. A divulgação foi feita pela própria direção aos professores lotados nesta escola. Para acesso aos profissionais da saúde, foi feito contato um a um esclarecendo os objetivos. Para acessar aos alunos foi feito contato um a um esclarecendo os objetivos.

A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2021, de forma online, utilizando um questionário. Para a criação do questionário para esta pesquisa foi utilizado o recurso tecnológico de formulários do *Google*, com perguntas relacionadas a Diabetes Mellitus Tipo I e as crianças portadoras dessa patologia. Para responder o questionário, o respondente assinou o aceite em conformidade com o proposto e autorização do uso de suas respostas para divulgação sem identificação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No momento da coleta de dados os serviços de APS na unidade de saúde Tiradentes contava com 8 profissionais que já participaram de PSE, da escola participaram 18 professores e da universidade participaram 7 graduandos. Totalizando 33 participantes nessa pesquisa. As perguntas foram de respostas obrigatórias, ou seja, para finalizar e contabilizar o questionário, foram respondidas todas as perguntas.

Dos profissionais da educação foram 18 (54,5%) participantes, da unidade de saúde participaram 8 (24,2) e da universidade participaram 7 (18,2%) graduandos. (FIGURA1). Formando um total de 33 participantes nesse inquérito.

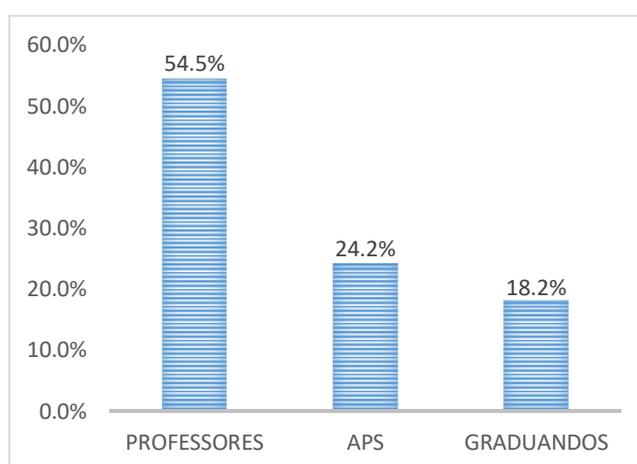


Figura 1. Distribuição dos participantes do inquérito por categoria profissional

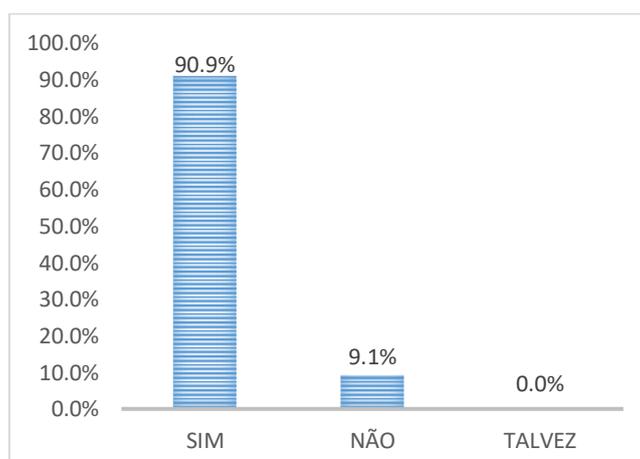


Figura 2. Percentual da resposta da questão 1: Tem ou já teve contato com paciente portador de diabetes mellitus?

Observa-se que 90,9% dos participantes já tiveram contato com paciente diabético. (FIGURA2)

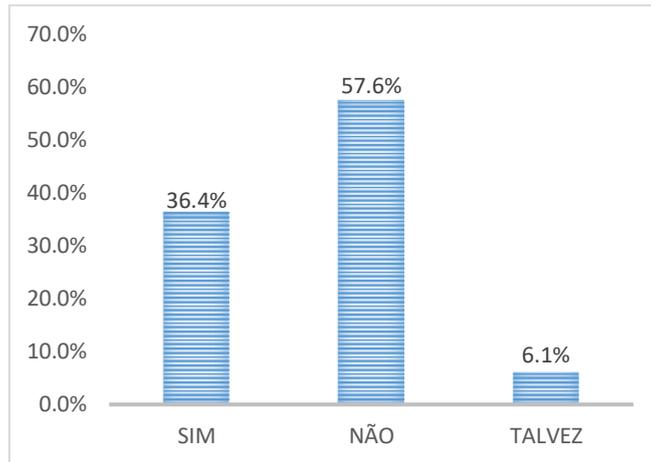


Figura 2: Percentual da resposta da questão 2: Tem ou já teve contato com alguma criança dependente de insulina injetável?

E na questão 2, foram 57,6% nunca tiveram contato com crianças diabéticas. (FIGURA2). Com esse resultado, pode-se entender que a maioria dos participantes tem ou já teve contato com pacientes portadores de diabetes e a maioria não tem e não tiveram contato com paciente diabético do tipo 2 que é o tipo mais comum da doença, acometendo pessoas normalmente acima de 40 anos e está relacionada ao estilo de vida em boa parte das vezes.

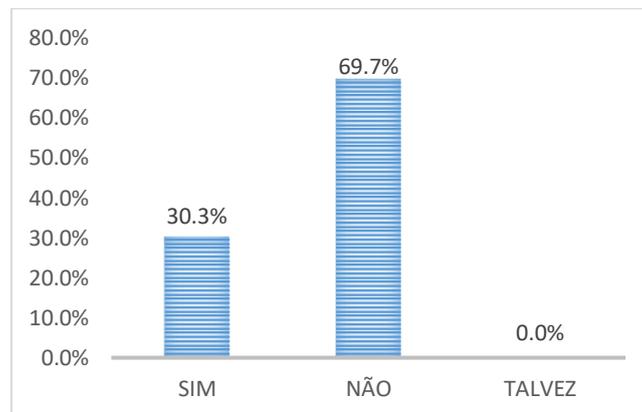


Figura 3: Percentual da resposta da questão 3. Tem conhecimento da diferença entre diabetes do tipo 1 e diabetes do tipo 2

Nesse gráfico mostra que 69,7% dos participantes não sabem a diferença entre DM1 e DM2.

O MS em parceria com a FIOCRUZ, produziu um manual de primeiros socorros em ambiente escolar¹⁹. Que caracteriza DM1 pela destruição das células beta do pâncreas, isso faz com que uso da insulina se torna essencial no tratamento. A destruição da célula acontece de forma rápida e progressiva. O pico do DM1 ocorre em crianças e adolescentes entre 10 e 14 anos de idade. Nessa faixa etária, a criança convive por um período longo de tempo na escola. E é de fato importante que os professores estejam preparados para receber esses

alunos. Mas, como o professor vai se preparar para isso se a APS não entrar na escola com o tema?

Em 2017, foi feita uma pesquisa em Uberlândia/MG que utilizou um escore dos atributos da APS no contexto criança DM²⁰. De 10 componentes dos atributos em um escore de 0 a 10, apenas 3 receberam nota acima de 6,6. Mostrando o quanto está em falta a APS abordar DM1 na escola. Com isso pode-se perceber que essa conjuntura provoca o agravamento da diabetes em alunos DM1.

O DM 1 caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas, determinando deficiência absoluta de insulina, o que torna essencial o uso de insulina como tratamento, para prevenir eventos micro e macrovasculares, cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo auto-imune, que pode ser detectado pela presença de auto-anticorpos circulantes no sangue periférico (antidescarboxilase do ácido glutâmico ou anti-GAD, anti-ilhotas e anti-insulina). Em menor proporção, a causa é desconhecida (idiopática). A destruição das células beta geralmente é rapidamente progressiva. O pico de incidência do DM 1 ocorre em crianças e adolescentes, entre 10 e 14 anos, mas pode ocorrer também, menos comumente, em adultos de qualquer idade²⁰

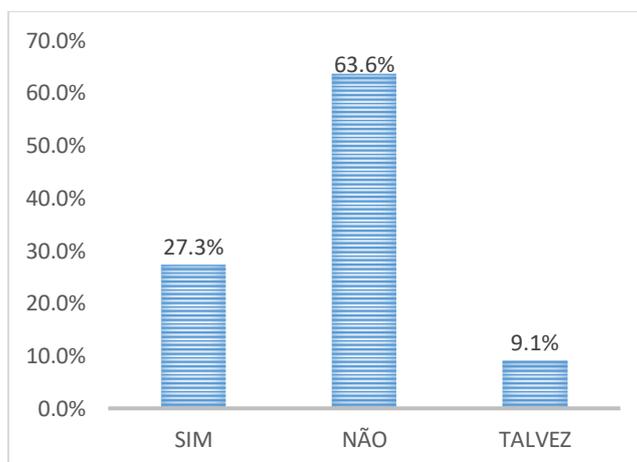


Figura 4: Percentual da resposta da questão 6. Você sabe em qual setor da saúde pública o paciente diabético tipo 1 recebe seus insumos?

Nesse outro gráfico mostra que 63,6% dos participantes não sabem em qual setor público o DM1 pode retirar seus insumos. (FIGURA4). Nota-se que a maioria dos participantes não sabem que esse paciente pode ter acesso a tratamento de forma gratuita.

De acordo com o Diário Oficial de Campo Grande (DIOGRANDE) número 5.844. Existe o setor público SEREDI que fica dentro do Centro de Especialidades Médicas (CEM) que é o Serviço de Referência em Diabetes que atende todos os pacientes DM acima de 18anos e o SEREDI infantil que fica dentro do Centro de Especialidades Infantil (CEI) para atender

pacientes DM menores de 18 ano. O setor público disponibiliza, de graça, todos os medicamentos e insumos essenciais para paciente DM. E nas unidades básicas de saúde, bem como unidades de saúde da família também fornecem insulinas e insumos para DM dispensados pela farmácia¹⁹.

Os Serviços de Referência em Diabetes (SEREDI) do Centro Especializado Médico (CEM) e do Centro de Especialidades Infantil (CEI) são responsáveis por acolher os usuários, orientar e receber as documentações exigidas, realizar o cadastro dos usuários junto ao sistema do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e encaminhar à Casa da Saúde para autorização conforme descrito acima, gerenciar o estoque e realizar a dispensação dos medicamentos e insumos na Rede Municipal de Saúde¹⁹.

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabete mellitus do tipo 1 e a decisão de incorporar insulina análoga de ação rápida para o tratamento da DM 1 por meio do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica e que as solicitações deverão ser realizadas através da Coordenadoria Estadual de Assistência Farmacêutica Especializada (CAFE) do Estado do Mato Grosso do Sul cuja disponibilidade será na Casa da Saúde. As orientações para solicitação de insulina análoga de ação rápida, bem como os formulários que deverão ser preenchidos, estão listadas no site da Casa da Saúde pelo endereço <http://www.as.saude.ms.gov.br/assistencia-farmacutica-especializada-casa-da-saude/>¹⁹.

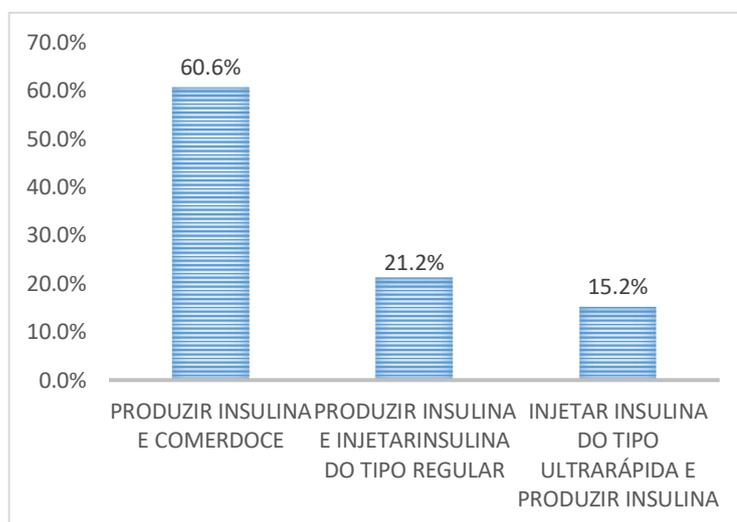


Figura 5: Percentual da resposta da questão 7. O que a criança portadora de diabetes tipo 1 não pode fazer

Quando se olha para esta pergunta, a primeira resposta que vem à mente é que não, o paciente diabético não pode comer doce. E essa frase pode ser afirmada com o resultado da figura 5. 60,6% dos participantes responderam que o DM1 não pode não pode comer doce. Mas, o que muitos não sabem é que o DM1 pode fazer contagem de carboidratos e se alimentar

de tudo que tem vontade, obviamente de forma moderada, mas essa regra é para pessoas DM e não DM.

Em 2013 NUNES, BS. aplicou um projeto piloto em Brasília-DF-Brasil, onde desenvolveu um curso *online* sobre contagem de carboidratos para adolescentes com DM1 e cita que envolvendo o planejamento alimentar no DM1 enfatizam a relação existente entre a determinação da dose de insulina a ser aplicada e a quantidade e o tipo de carboidrato ingerido na refeição, para alimentos e bebidas²¹.

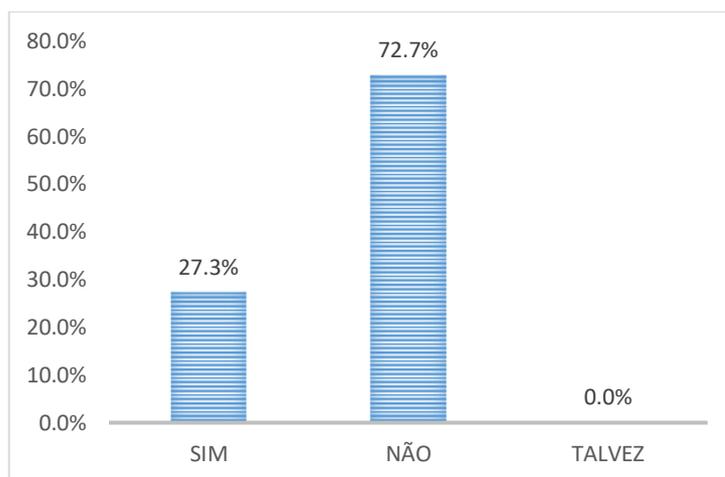


Figura 6: Percentual da resposta da questão 10. Pode ser ofertado açúcar a criança com hipoglicemia?

Nesse gráfico pode-se perceber a falta de preparo da maioria dos participantes em um caso de emergência. 72,7% dos participantes responderam que em um episódio de hipoglicemia, o DM não pode comer doce. Volta-se novamente no questionamento que diabetes e doce não cabem na mesa frase.

Ainda dentro do manual de primeiros socorros, o MS explica que o coma hipoglicêmico pode ocorrer quando a insulina é administrada em excesso, ou quando o paciente não se alimenta adequadamente ou, ainda, exercita-se demais. O açúcar é rapidamente retirado do sangue para as células, faltando então, em quantidade suficiente no sangue para a nutrição das células, principalmente as do cérebro. Uma vez que este requer um suprimento constante de glicose assim como de oxigênio, pode haver, nesses casos, o desenvolvimento rápido de inconsciência e lesão cerebral permanente, se o nível sanguíneo de açúcar permanecer baixo²².

A hipoglicemia está associada aos seguintes sinais e sintomas: respiração normal, pele pálida e úmida, confusão; cefaleia; raciocínio prejudicado; pulso rápido e cheio, desmaio; convulsões, coma, óbito²².

No coma diabético o organismo tentará superar a falta de açúcar em suas células, usando outra fonte de energia. Isso será feito utilizando-se a gordura armazenada. O uso desta fonte é

ineficaz, os produtos de degradação da gordura usada para fornecimento de energia normal aumentam, acentuadamente, a acidez do sangue. A presença de produtos ácidos de degradação (no sangue) e a perda de líquidos é o que leva o diabético ao coma²².

É essencial que antes de qualquer manobra com paciente DM1, seja feita a aferição da glicemia para melhor definir o que pode ser feito por aquela pessoa. A tabela abaixo mostra as variações de taxas de açúcar no sangue²².

Categoria	Jejum* (No mínimo 8 horas)	2h após ingestão de glicose	Casual** (verificada a qualquer hora do dia)
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	> 140 a < 200	
Diabetes mellitus	> 126	> 200	> 200 (com sintomas clássicos)***

FONTE: Sociedade Brasileira de Diabetes (2007).

Pode ser difícil perceber a diferenciação entre os sinais do pré-coma diabético ou hiperglicêmico e do pré-coma hipoglicêmico. Inicialmente, o indivíduo pode referir-se a um mal estar geral ou a alterações do nível de consciência. A diferença nos sinais e sintomas está na respiração do indivíduo, respirações suspirosas e profundas ocorrem no coma diabético e respirações normais no coma hipoglicêmico. O tratamento destas condições inclui os seguintes itens:

- O indivíduo em coma diabético ou hiperglicêmico necessita de insulina e, talvez, de outros medicamentos. Transportá-lo, imediatamente, para o hospital, para cuidados médicos apropriados;
- O indivíduo em coma hipoglicêmico necessita de açúcar. A administração de qualquer solução glicosada pode reverter imediatamente o coma hipoglicêmico²².

A falta de capacitação do professor para lidar com a criança DM1, enquanto ela se encontra sob sua responsabilidade no ambiente escolar, gera dificuldades e intranquilidade para este profissional que não se sente apto a intervir e a proporcionar o cuidado adequado. Por sua vez, este despreparo da escola em manejar essa situação traz para a família insegurança e aflição, por estar sempre imaginando o que pode ocorrer, caso seu filho necessite de cuidados durante o período em que está na escola.

E essa capacitação é de extrema importância visto que, as estatísticas mundiais mostram que 79 mil crianças desenvolvem diabetes mellitus tipo 1 (DM1) a cada ano. A incidência de DM1 vem aumentando progressivamente com incremento anual de 3%²⁵. No Brasil, esse fenômeno foi observado em um estudo epidemiológico realizado no interior de São Paulo, o

qual mostrou um aumento de 9,6 vezes na incidência de DM1 em um período de 35 ano³. E ainda, para as questões de múltiplas escolhas todos os professores atuantes e graduandos em licenciatura erraram as respostas e nenhum desses profissionais sabiam as respostas sobre o manejo dos alunos DM1.

Pela não existência da intencionalidade, diversas oportunidades educativas, para promover a saúde são desperdiçadas. Definir, planejar, executar e avaliar ações educativas realizadas é tarefa fundamental da escola que objetiva cumprir seus propósitos, promover reflexão e análise crítica, favorecer o empoderamento dos estudantes e da comunidade escolar. Gestores de saúde/educação, profissionais de saúde e comunidade precisam ser sensibilizados de modo a contribuírem para o planejamento e a implementação das ações de promoção no ambiente escolar⁵.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de a bibliografia já ter explorado pertinentemente o tema inquirido, os resultados deste estudo ainda apontam para a necessidade de políticas públicas e do fortalecimento de ações intersetoriais, presença da APS nas escolas afim de promover a melhor compreensão da realidade que permeia a saúde e a educação das crianças, focalizando o preparo e a capacitação dos professores que assumem a responsabilidade na formação dos cidadãos.

Acredita-se que as instituições de ensino devem apresentar recursos físicos, materiais e humanos compatíveis às necessidades de aprendizagem das crianças; nisto está implícita a formação de seus professores que, além de dominarem o conhecimento específico de sua área de atuação, devem apresentar razoável bagagem de conhecimentos gerais, especialmente no que concerne à saúde do escolar¹⁸.

É importante acentuar que a pesquisa teve como limitação, a restrição de profissionais da educação que atende crianças de uma idade delimitada, não abarcando professores de outros níveis que eventualmente convivem com a problemática ora suscitada.

Ao final conclui-se que os objetivos foram atendidos tendo em vista a deficiência no diálogo entre setor saúde e educação. Além disso, a hipótese foi confirmada, que o PSE é o melhor canal de comunicação entre APS e escola para evitar agravos da diabetes em alunos DM1 e fortalecer a adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20: 1.183-95;
2. Josino, MV. Universidade Federal de Santa Catarina. tipo 1: Estudo Epidemiológico em um centro de referência no sul do Brasil. 2004;
3. Vargas, DM. et al; Universidade Regional de Blumenau / Universidade católica Dom Bosco. Um Olhar Psicanalítico Sobre Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1 e Seus Familiares. 2020;
4. Vieira, M. et al, Universidade do estado de Minas Gerais. Infância Saldável: Educação em Saúde nas Escolas. 2017;
5. Costa, GMC. Universidade Estadual da Paraíba. Promoção de saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. 2013;
6. Silva, CS. et. al. - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro - RJ - A theoretical framework on intersectoral practice in School Health Promotion. 2009;
7. Maciel, ELN. et al, Universidade Federal do Espírito Santo. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória/ES. 2007;
8. Ippolito-Sheperd J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola Promotora de Saúde. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2003;
9. Queiroz MV, Jorge MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. *Interface (Botucatu)* 2006;
10. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2017;
11. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2019;
12. Prigol, AC. et. al; Percepção dos professores da rede municipal em relação ao diabetes mellitus tipo 1, Universidade Federal de Passo Fundo, 2021;
13. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília) [Internet]. 6 dez 2007 [acesso

30 jun 2013] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm;

14. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007;

15. 20. Cunha E, Sousa AA, Machado NMV. A alimentação orgânica e as ações educativas na escola: diagnóstico para a educação em saúde e nutrição. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [acesso 30 jun 2013];15(2):39-49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100009>;

16. 21. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC, Prado PMC. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [acesso 30 jun 2013];62(1):86-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100013>;

17. Silva, CS. et. al. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fiocruz. R. Rio de Janeiro RJ – 2009.

18. Plano de Manejo do Diabetes na Escola (PMDE) – Sociedade Brasileira de Diabetes – MG / American Diabetes Association - USA.[internet] 2017 [acesso 06 jan 2022] Disponível em: http://www.lettras.ufmg.br/padrao_cms /documentos/eventos/empodera/PMDE.pdf;

19. Diogrande - ANO XXIII n. 5.844 - segunda-feira, 2 de março de 2020 – anexo único;

20. Workers PCB, et. al., Atenção primária à criança com diabetes mellitus tipo 1: perspectiva de cuidadores. 2017 – Fundação de Amparo à Pesquisa - MG

21. Nunes BS, Desenvolvimento de um curso online sobre contagem de carboidratos para adolescentes com diabetes tipo 1: um estudo piloto. 2013 – Universidade de Brasília;

22. BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. NUBIO. Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro, 170 p., [internet]. 2003 [Acesso 20 dez 2021] Disponível em: https://www5.unioeste.br/portaunioeste/arquivos/pibid/Livros_PIBID/PRIMEIROS_SOCORROS_PARA_O_AMBIENTE_ESCOLAR.pdf

23. Simões ALA, et. al., Conhecimento dos Professores Sobre o Manejo da Crianças com Diabetes Mellitus 1. 2009 – Uberaba/MG;

24. C.I. CIRC N. 4.240/CRAB/SESAU/2021, 16 de agosto de 2021. Divisão de Ações Programáticas e Políticas Estratégicas da Atenção Básica – SESAU;

25. International Diabetes Federation, [internet] 2015 [acesso 02 jan 2022] Disponível em: <https://suckhoenoitiet.vn/download/Atla-benh-dai-thao-duong-2-1511669800.pdf>

APÊNDICE - QUESTIONÁRIO ONLINE

QUESTIONÁRIO BASEADO NO MANUAL: PLANO DE MANEJO DO DIABETES NA ESCOLA – VERSÃO PARA PÚBLICO - 2014 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-MG/AMERICAN DIABETES ASSOCIATION).

1. TEM OU JÁ TEVE CONTATO COM PACIENTE PORTADOR DE DIABETES (DE QUALQUER TIPO)??

SIM

NÃO

2. TEM CONHECIMENTO DA DIFERENÇA ENTRE DIABETES TIPO 1 E DIABETES DO TIPO 2?

SIM

NÃO

3. TEM OU JÁ TEVE CONTATO COM ALGUMA CRIANÇA DEPENDENTE DE INSULINA INJETÁVEL?

SIM

NÃO

4. TEM CONHECIMENTO EM APLICAÇÃO DE INSULINA?

SIM

NÃO

5. SABE A DIFERENÇA EM INSULINA DE EFEITO LENTO E A ULTRA RÁPIDA?

SIM

NÃO

6. VOCÊ SABE EM QUAL SETOR DA SAÚDE PÚBLICA O PACIENTE DIABÉTICO TIPO 1 RECEBE SEUS INSUMOS?

SIM

NÃO

7. A PARTIR DOS SEUS CONHECIMENTOS SOBRE DIABETES TIPO 1: O QUE A CRIANÇA PORTADORA DESSA DOENÇA NÃO PODE FAZER?

A) PRODUZIR INSULINA E COMER DOCE

B) PRATICAR EXERCÍCIOS FÍSICOS E COMER DOCE

C) CORRER PELA ESCOLA E BRINCAR NA AREIA

*D) PRODUZIR INSULINA E INJETAR INSULINA DO TIPO REGULAR

E) INJETAR INSULINA DO TIPO ULTRA RÁPIDA E PRODUZIR INSULINA

8. A PARTIR DOS SEUS CONHECIMENTOS SOBRE DIABETES TIPO 1: QUAIS SINTOMAS COMUNS QUE A CRIANÇA PODE APRESENTAR EM CASO DE HIPERGLICEMIA?

A) SEDE EXCESSIVA, FOME, CONVULSÃO

*B) PROSTRAÇÃO, SEDE EXCESSIVA, AUMENTO DA FREQUÊNCIA DE DIURESE (URINA)

C) AGRESSIVIDADE, DOR DE CABEÇA, SEDE EXCESSIVA

D) FORMIGAMENTO, DOR DE CABEÇA, SONOLÊNCIA

E) AUMENTO DA FREQUÊNCIA DE DIURESE (URINA), FOME, SONOLÊNCIA

9. A PARTIR DOS SEUS CONHECIMENTOS SOBRE DIABETES TIPO 1: QUAIS SINTOMAS COMUNS QUE A CRIANÇA PODE APRESENTAR EM CASO DE HIPOGLICEMIA?

A) PROSTRAÇÃO, SEDE EXCESSIVA, AUMENTO DA FREQUÊNCIA DE DIURESE (URINA)

B) SEDE EXCESSIVA, FOME, CONVULSÃO

C) AGRESSIVIDADE, DOR DE CABEÇA, SEDE EXCESSIVA

*D) FORMIGAMENTO, DOR DE CABEÇA, SONOLÊNCIA

E) AUMENTO DA FREQUÊNCIA DE DIURESE (URINA), FOME, SONOLÊNCIA

10. A PARTIR DOS SEUS CONHECIMENTOS SOBRE DIABETES TIPO 1: A CRIANÇA APRESENTA HIPOGLICEMIA, PODE SER OFERTADO AÇÚCAR A ELA?

*SIM

NÃO

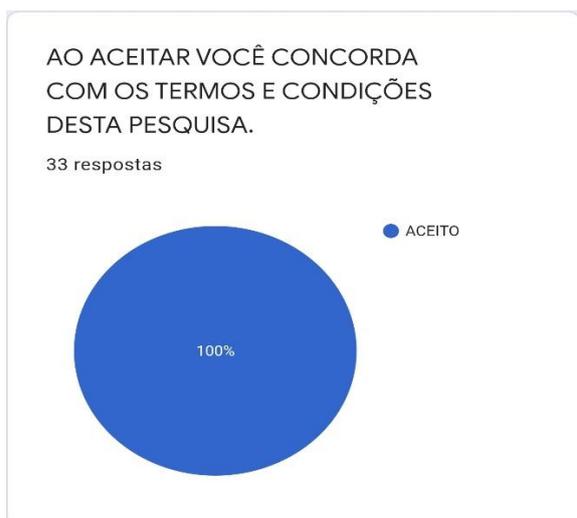
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO *ONLINE*

Termos e condições.

Este questionário tem como objetivo avaliar o nível de conhecimento das escolas que atendem a faixa etária da adolescência, bem como os profissionais de saúde da atenção primária sobre o tema para manejo dos pacientes diabéticos no ambiente escolar, na busca da adesão ao tratamento. Pretende-se estruturar o planejamento do Projeto Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2022, com o tema: Diabetes Mellitus do Tipo 1.

O Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI-PSE), instituído na Resolução nº 537, 5 de maio de 2020, tem como atribuição monitorar, avaliar e analisar os dados coletados e apoiar as equipes de saúde e educação, em atenção ao Termo de Compromisso Municipal estabelecido entre SESAU e SEMED para adesão do município de Campo Grande ao Programa Saúde na Escola (PSE) no biênio 2021-2022.

As respostas poderão ser usadas para artigos e publicações futuras sem exposição da identidade dos participantes.



ANEXO 2 – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

0003/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Kelly Silva de Paula, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 027.699.861-80, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 001.592.364 SSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Professor Hilário da Rocha, Nº 943, Bairro: Santo Eugênio, nesta Capital, telefone n°. 67981612876, pesquisador (a) do Curso de Residência em Saúde da Família, da Instituição FIOCRUZ com o título do Projeto de Pesquisa: **“Diabetes Mellitus Tipo I: Projeto Saúde na Escola”**, orientado (a) pela Professor (a) Drª Maria de Lourdes Oshiro inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 199.896.521-04, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 44138 SSP/MT, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Pedro de Toledo, Nº. 717, Bairro: Piratininga, nesta cidade, telefone n°. 6781672043, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: saúde pública, epidemiológica, assistência farmacêutica, uso racional de medicamentos, adesão a terapêutica, da Instituição Escola de Saúde Pública Drº Jorge David Nasser – Secretaria de Estado de Mato Grosso do sul (SESMS).

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 10 de janeiro de 2022.

Pesquisador (a)

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida; 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 10 de janeiro de 2022.

Pesquisador (a)

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU