

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Bárbara Silva do Prado**

**IMPLANTAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA NORTEADOR DO ATENDIMENTO  
INTERDISCIPLINAR AO PACIENTE DIABÉTICO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Bárbara Silva do Prado**

**IMPLANTAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA NORTEADOR DO ATENDIMENTO  
INTERDISCIPLINAR AO PACIENTE DIABÉTICO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Lúcia Divana Carvalho Silva**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **IMPLANTAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA NORTEADOR DO ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR AO PACIENTE DIABÉTICO** de autoria da aluna **Bárbara Silva do Prado** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas.

---

**Profa. Orientadora: Lúcia Divana Carvalho Silva**

Orientadora da Monografia

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

*Dedico este trabalho ao melhor de mim, minha inspiração e minha motivação diária-  
minha querida filha Cléo. Mamãe te ama muito.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por tudo que tem feito e continua fazendo em minha vida, sem Ele nada sou.

Agradeço à minha filha Cléo, que mesmo sem saber, tão pequenina, contribui de maneira positiva com tudo que eu faço, me dando força, inspiração, entusiasmo, criatividade, fé, muito carinho e amor. Ela é a razão da minha vida, o melhor de mim.

Agradeço ao meu esposo Micael pelo companheirismo, contribuição, força, entusiasmo, ajuda, carinho e amor.

Agradeço a minha família que é minha base: mãe, irmãos Antônio e João Victor. Vocês são essenciais em minha vida. Agradeço também minha amada vovozinha Olga (memória) que no tempo que esteve entre nós me ensinou muita coisa e me dedicou muito de sua vida.

Agradeço a família que Deus me deu de presente Belinha, João, Edinho e Michelle... amo vocês.

Agradeço minha querida e amada amiga Kátia – Katita... amo você. Obrigada por me ajudar sempre!

Agradeço aos meus colegas de trabalho pela compreensão, apoio, inspiração, contribuição, colaboração, descontração e convivência.

Agradeço imensamente à minha orientadora Lísia que me guiou firmemente por esta etapa, me auxiliando, sempre prontamente e me direcionando da melhor maneira possível.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Objetivos.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>11</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Diabetes Mellitus .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Abordagem Interdisciplinar no Atendimento ao Portador de Diabetes .....</b>	<b>14</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Delineamento do Estudo .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Local de Estudo .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Aspectos Éticos .....</b>	<b>18</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>19</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
DM	DIABETES MELLITUS
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

## RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um dos principais problemas de Saúde Pública da atualidade devido alta prevalência, incapacitação, mortalidade e exigência de um tratamento com custos bastante elevados. É um transtorno metabólico caracterizado por falhas na secreção e/ou ação da insulina, que quando não tratado adequadamente ocasiona complicações diversas. No atendimento ao paciente portador de DM o foco é o cuidado a longo prazo, dentro deste contexto, parece válido considerar que para efeitos assertivos em relação ao tratamento, prevenção e controle dessa doença é essencial a organização e estruturação do serviço de saúde e a existência de uma equipe multiprofissional consciente e pró-ativa que realize ações inovadoras e interdisciplinares. Este estudo tem como objetivo propor um fluxograma norteador para direcionar o atendimento interdisciplinar ao paciente diabético na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O estudo foi realizado junto a ESF de Iriri que está localizada em uma área urbana do município de Anchieta (ES). A padronização do atendimento é fundamentada na interdisciplinaridade e está baseada em ações de acolhimento com escuta qualificada, agendamento programado, consultas individuais e interdisciplinares, atividades de educação em saúde, reuniões para discussões de casos clínicos e acompanhamento pós-consulta. A implantação de um atendimento interdisciplinar específico e programado ao paciente favorece um maior vínculo com a ESF, melhora a interação da equipe de saúde, propicia o comparecimento mais frequente do paciente à unidade de saúde, com conseqüente melhora na adesão ao tratamento. A proposta ora apresentada, um fluxograma norteador para direcionar o atendimento interdisciplinar ao paciente diabético na ESF, contribui para a construção e reconstrução de saberes, ações e práticas profissionais o que poderá permitir um atendimento de maior qualidade.

**Palavras-chave:** Diabetes. Interdisciplinaridade. Fluxograma. Atendimento. Doença crônica.

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam uma das principais causas de morte e incapacitação no Brasil e no mundo, são responsáveis por 60% dos gastos mundiais em saúde, geram inúmeras limitações na vida do portador com redução da qualidade de vida e da autonomia, sendo consideradas como o grande desafio do século XXI (OMS, 2003).

A expectativa de vida em todo o mundo aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Com o envelhecimento da população, observa-se um aumento expressivo das DCNT, principalmente pela persistência da exposição a fatores de risco para desenvolvimento dessas doenças, como a inatividade física, a dieta inadequada, o tabagismo, a obesidade dentre outros (CASADO et al, 2009).

Dentre as DCNT se destaca o Diabetes Mellitus (DM), considerado um dos principais problemas de Saúde Pública da atualidade devido alta prevalência, incapacitação, mortalidade e exigência de tratamento com custos bastante elevados. Trata-se de um transtorno metabólico caracterizado por falhas na secreção e/ou ação da insulina que quando não tratado adequadamente ocasiona complicações diversas como as disfunções e insuficiência de olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (MOLINO et al, 2009; BRASIL, 2013).

No mundo, aproximadamente 11% das despesas com saúde da população adulta foram atribuídas ao tratamento do diabetes e suas complicações (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2011). Estima-se que os gastos em saúde para um paciente diabético são de duas a três vezes maiores que para um paciente sem a doença (JULIANO et al, 2012). O manejo correto do paciente com DM na atenção primária diminui a possibilidade de complicações decorrentes da doença, preservando assim a qualidade de vida do paciente e diminuindo os gastos com hospitalizações e procedimentos (BRASIL, 2013).

No atendimento ao paciente portador de DM o foco é o cuidado a longo prazo, dentro deste contexto, parece válido considerar que para efeitos assertivos em relação ao tratamento, prevenção e controle dessa doença, é essencial a organização e estruturação do serviço de saúde

e a existência de uma equipe multiprofissional consciente e pró-ativa que realize ações interdisciplinares, compartilhe saberes, realize uma abordagem eficiente, um monitoramento contínuo, forneça apoio e acompanhamento a pacientes e familiares, contribuindo para uma melhor adesão ao tratamento (OMS, 2003).

Em 1988, tivemos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que representou um marco importante na reforma sanitária brasileira. O acesso a serviços de saúde que antes não era permitido a toda população passa a ser direito de todo cidadão através dos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (MOLINO et al, 2009).

Na década de 90 surgiram mudanças na tentativa de alterar o caráter curativo da assistência à saúde e inserir a ênfase preventiva na lógica organizacional do SUS, sendo criado o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família, constitui-se de uma equipe multidisciplinar integrada com objetivos comuns, cujo compromisso maior é a responsabilidade sob a saúde da população adstrita a sua área (SAAR; TREVIZAN, 2007). A partir daí, o governo vem investido intensamente no setor saúde, realizando e estimulando pesquisas, capacitações de profissionais, desenvolvimento de novas técnicas de cuidado, aquisição e produção de novas tecnologias referentes a exames e equipamentos, entre outras ações (RONZANI; SILVA, 2008). Apesar do esforço governamental para melhoria da qualidade da saúde ofertada, a falta de interação entre os profissionais de saúde e o estabelecimento de vínculo com o paciente constituem problemas contemporâneos.

Um dos principais problemas da Estratégia de Saúde da Família é a falta de interação e integração entre a equipe e como consequência um cuidado não planejado e integral ao paciente. Um atendimento não planejado, descontínuo e inespecífico ao portador de DM contribui para a baixa adesão ao tratamento, aumentando os riscos de complicações, limitações e seqüelas (ESPÍRITO SANTO, 2012). Existe a necessidade imediata da reorganização da equipe de saúde para que se compreenda a relevância de um atendimento de qualidade e interdisciplinar (TAVARES et al, 2005).

Como especializanda na linha de Cuidados de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e como enfermeira da ESF de Iriri, no município de Anchieta, sensibilizei-me com as questões relacionadas ao atendimento prestado ao portador de diabetes, percebo que o atendimento realizado não parece de maneira sistematizada, os profissionais interagem pouco, não existe uma programação e controle sobre as ações específicas, atendimentos, protocolos ou fluxogramas que direcionem o cuidado. Nessa perspectiva, pareceu-me oportuno a elaboração de um fluxograma que norteasse o atendimento a essa clientela. As ações interdisciplinares, a troca de saberes, experiências e vivências poderão contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento prestado.

## **1.1 Objetivos**

### 1.1.1 Geral

- Elaborar um fluxograma norteador para o atendimento interdisciplinar ao paciente diabético na Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

### 1.1.2 Específicos

- Propor uma proposta de cuidado ao paciente diabético.
- Sistematizar o atendimento a essa clientela

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Diabetes Mellitus**

As DCNT são aquelas incapacitantes, complexas, caracterizadas pela ausência de microorganismos causadores, pela etiologia multifatorial, pelo longo curso clínico, pela necessidade de cuidados contínuos e pelo caráter de irreversibilidade. O processo de cura geralmente não existe e quando existe é muito lento, gerando incapacidades ou recorrências. O grupo de DCNT compreende principalmente as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e o câncer (FREITAS; MENDES, 2007).

O cuidado ao paciente portador de DCNT é extremamente complexo porque envolve um processo saúde-doença longo, exige mudanças no estilo de vida, necessidade de monitoramento e tratamento contínuo além de um amplo suporte dos serviços de saúde. Faz-se necessário, portanto, a organização e estruturação dos serviços de saúde com conseqüente preparo dos profissionais que atendem visando uma adesão maior ao tratamento, a autonomia do paciente e melhora na qualidade de vida (SCHMIDT; DUNCAN, 2011).

O diabetes é uma das DCNT mais prevalentes em todo mundo, há maior prevalência da doença com o avançar da idade, atingindo 15,2% da população entre 55 e 64 anos e 21,6% da população com mais de 65 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Existem quatro tipos principais de diabetes: diabetes mellitus tipo 1 – corresponde a 10% dos casos de diabetes, é aquele que há destruição total das células produtoras de insulina, então não há nenhuma produção de insulina pelo organismo; diabetes mellitus tipo 2 – que é a resistência dos tecidos à insulina e pode estar associada ou não à diminuição da produção de insulina, é o tipo mais comum de diabetes, representando aproximadamente 85% dos casos; diabetes mellitus gestacional – que é qualquer grau de intolerância à glicose desenvolvida na gestação; diabetes desenvolvido por

outras causas – tumores, defeito genético, síndrome, uso de algumas medicações, entre outras causas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

O DM caracteriza-se por hiperglicemia resultante de falha na secreção ou ação da insulina (MOLINO et al, 2009). O paciente portador dessa doença pode permanecer assintomático por longos anos, entretanto, quando a sintomatologia se manifesta, surgem frequentemente sintomas como a polidipsia, polifagia, poliúria, visão turva e a dificuldade de cicatrização nas lesões ou ferimentos (JULIANO et al, 2012). O aumento da incidência da doença, bem como de suas complicações, é justificado pelo aumento da expectativa de vida da população, com intensificação da exposição a fatores de risco como a dieta inadequada, sedentarismo, obesidade, tabagismo, dentre outros (BRASIL, 2013). Constitui uma das principais causas de mortalidade, retinopatias, doenças renais, cardiovasculares e de amputação de membros (OTERO, 2005).

O tratamento do DM tipo 2 visa a prevenção primária na tentativa de eliminar os fatores de risco modificáveis; o acompanhamento adequado e suporte necessários; e a conscientização do através da educação em saúde permitindo um convívio adequado com a doença através do autocuidado e da responsabilização pelo seu estado de saúde prevenindo assim, as complicações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O tratamento é composto basicamente do não medicamentoso e do medicamentoso e exige rigoroso controle glicêmico. O tratamento não medicamentoso exige modificações importantes do estilo de vida como a prática de atividade física, mudança de hábitos alimentares e cessação do tabagismo. Para o tratamento medicamentoso faz-se necessário o monitoramento contínuo da eficácia da droga e o uso correto da medicação prescrita (JULIANO et al, 2012). A prevenção primária, o rastreamento e diagnóstico precoce, a garantia de acesso e a utilização do serviço de saúde e qualidade do cuidado prestado, são fundamentais (MOLINO et al., 2009). Considera-se importante para melhorar a efetividade do tratamento, o conhecimento do paciente a respeito da sua doença e tratamento, uma vez que o diabetes exige cuidados durante toda a vida, com modificações importantes nos hábitos de vida. Ao compreender a doença e a causa das limitações, o paciente se responsabiliza pelas mudanças necessárias na sua vida (JULIANO et al, 2012). Torna-se fundamental a garantia do acesso do paciente ao serviço de saúde, a

disponibilização de um atendimento diferenciado e acolhedor que promova maior aproximação com o serviço de saúde, garantindo maior adesão ao tratamento, prevenindo ou retardando o aparecimento de complicações (FISHER et al., 2007).

## **2.2 Abordagem interdisciplinar no atendimento ao portador de DM**

A multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e intedisciplinaridade são utilizados frequentemente como sinônimos (PACHECO, 2010), entretanto, possuem significados diferentes. A multidisciplinaridade significa pôr disciplinas em conjunto, uma coordenação entre as mesmas, porém, à medida que esta coordenação aumenta, com grande organização, permitindo a complementaridade das disciplinas, tem-se a interdisciplinaridade. A transdisciplinaridade refere-se a uma união de disciplinas de tal modo que não se consiga distinguir umas das outras, entretanto, para alguns autores a transdisciplinaridade é considerada uma utopia (POMBO, 2008).

A interdisciplinaridade constitui uma integração das verdades, transferência de conhecimentos, respeito às diferenças, complexidades e formação; é o reconhecimento das disciplinas como complementares, inseparáveis e parte de um todo que é o conhecimento (PACHECO, 2010). Um princípio de cooperação entre as profissões, no qual uma especialidade não é mais importante que a outra, mas uma depende e completa a outra. É o trabalho em parceria que deve ser a realidade vivida dentro de uma ESF (WOINAROWSKI et al, 2007).

A interdisciplinaridade é fundamental para o atendimento integral ao paciente, pois permite a exploração máxima das potencialidades nas diferentes profissões, o respeito às diversidades e peculiaridades de cada saber, o que permite um crescimento planejado e organizado, o desenvolvimento da criatividade e a elaboração de um plano de cuidado efetivo (SAUPE et al, 2004).

A fragmentação do saber é uma realidade vivida pela maioria dos profissionais de saúde e superá-la representa um desafio contemporâneo. Pode-se considerar que é resultado do acentuado desenvolvimento científico, com a valorização das especialidades em determinadas áreas para melhor abordagem ao paciente (VILELA, MENDES 2003). As conseqüências negativas para o paciente são a ausência da visão holística, o não compartilhamento de experiências entre os profissionais, desconsideração da complementaridade dos saberes para tomada de decisão, entre outras (MINAYO, 1994). Um sistema de saúde fragmentado e apenas voltado para atendimento a condições agudas não apresenta eficácia, faz-se necessário uma remodelagem do sistema de saúde para o que o mesmo seja integrado, capaz de atender às condições agudas e que também considere e intervenha nas condições crônicas (SCHMIDT; DUNCAN, 2011).

É possível dividir as ações dentro de uma equipe sem perder as peculiaridades e responsabilidades de cada profissão. Falar em interdisciplinaridade não significa que os profissionais têm as mesmas competências e responsabilidades, significa que são igualmente importantes no desenvolvimento do processo e que é fundamental o compartilhamento dos saberes (WOINAROWSKI et al, 2007).

Não existe trabalho em equipe sem definição de objetivos comuns, troca de informações, plano de cuidados complementares e prioridades comuns frente aos problemas. Quando relacionamos estes aspectos fundamentais do trabalho em equipe estamos nos referindo à interdisciplinaridade (WOINAROWSKI ET AL, 2007).

É natural que para implantação de um projeto de valorização da interdisciplinaridade existam resistências, uma vez que o novo incomoda e significa para muitos profissionais sair da zona de conforto. A própria formação dos profissionais direciona para a segregação das disciplinas, sendo um desafio a ser enfrentado na saúde (PACHECO, 2010). Outro fator que dificulta a implantação da interdisciplinaridade é a falta de perfil dos profissionais da ESF, alguns parecem não possuir comprometimento com o atendimento à população adstrita, dificultando muito o trabalho em equipe (SANTOS; CUTOLO, 2003).

A abordagem interdisciplinar no atendimento aos doentes crônicos é o reconhecimento da complexidade da doença, com conseqüente exigência do olhar diferenciado das disciplinas para tomada de decisão (SAUPE et al, 2004). Os portadores de DM representam uma parcela considerável da população e os cuidados devem ser contínuos, considerando-se as variáveis individuais e os riscos de desenvolvimento de seqüelas, portanto, a abordagem deve ser realizada por meio de diferentes perspectivas nas diferentes áreas do conhecimento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

As relações de trabalho dentro de uma ESF precisam ser remodeladas para que os profissionais tenham a capacidade de trabalhar em conjunto em um ambiente colaborativo, valorativo e com respeito mútuo. O resultado final será um melhor cuidado integral, possibilitando um tratamento mais assertivo e com maior chance de adesão (MINAYO, 1994).

A interdisciplinaridade visa uma intervenção completa com avaliação, diagnóstico, tratamento, comunicação, educação e acompanhamento do paciente. A proposta é não focar somente a doença, mas realizar uma abordagem holística, priorizando o paciente e conhecendo seus anseios e expectativas, para que o tratamento seja moldado de acordo com a realidade de cada um, o que permite ao paciente viver uma vida plena, apesar das suas limitações (TAVARES et al, 2005).

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Delineamento do Estudo**

Um Projeto de Intervenção é uma atividade na qual se identifica um problema da prática profissional e a partir daí são seqüenciadas ações na proposta de solucionar este problema (LIMA, 2011).

O presente projeto é uma proposta de intervenção da prática profissional na ESF. Foi construído a partir da reflexão da prática profissional, com vistas a mudanças nas ações cotidianas, no desenvolvimento de um cuidado ao portador de diabetes mellitus.

### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado junto a ESF de Iriri que está localizada em uma área urbana do município de Anchieta, no estado do Espírito Santo. O município tem uma população aproximada de 20.228 habitantes (IBGE, 2009). Possui uma ampla rede assistencial composta de um Hospital Geral Filantrópico, Unidade de Pronto Atendimento, Centro e Clínicas de Especialidades, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Laboratório Municipal e uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

O município de Anchieta possui nove (09) áreas distritais e doze (12) subunidades ligadas a estas unidades, que compõem 100% de cobertura da ESF, compreendendo: Mãe-Bá (com uma unidade principal e duas subunidades), Recanto do Sol (com uma unidade principal e três subunidades), Jabaquara (com uma unidade principal e três subunidades), Centro 1, Centro 2, Centro 3, Iriri (todas quatro citadas com uma unidade principal, sem subunidades), Baixo Pongal (com uma unidade principal e três subunidades) e Alto Pongal (com uma unidade principal e uma subunidade).

Iriri possui uma população aproximada de 3.017 mil habitantes, com aproximadamente cento e quinze (115) diabéticos e uma equipe de ESF composta por um médico, duas enfermeiras, duas fisioterapeutas, cinco técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários, dois dentistas e dois auxiliares de saúde bucal.

### 3.3 Aspectos Éticos

Será realizada uma comunicação prévia junto à coordenação da ESF do município, com o objetivo de agendar uma reunião para apresentação da proposta do estudo, diante do aceite e disponibilidade será apresentado o fluxograma elaborado neste projeto.

A pesquisadora procurará expor a proposta de atendimento, explicando todas as etapas necessárias, as facilidades e dificuldades apresentadas, bem como esclarecer o que for necessário para a compreensão da proposta. Buscar-se-á criar um ambiente propício à livre e descontraída manifestação desta coordenação onde a mesma terá a possibilidade de discorrer sobre a proposta apresentada, expor a sua opinião sobre a situação atual e sobre o objetivo de implantação.

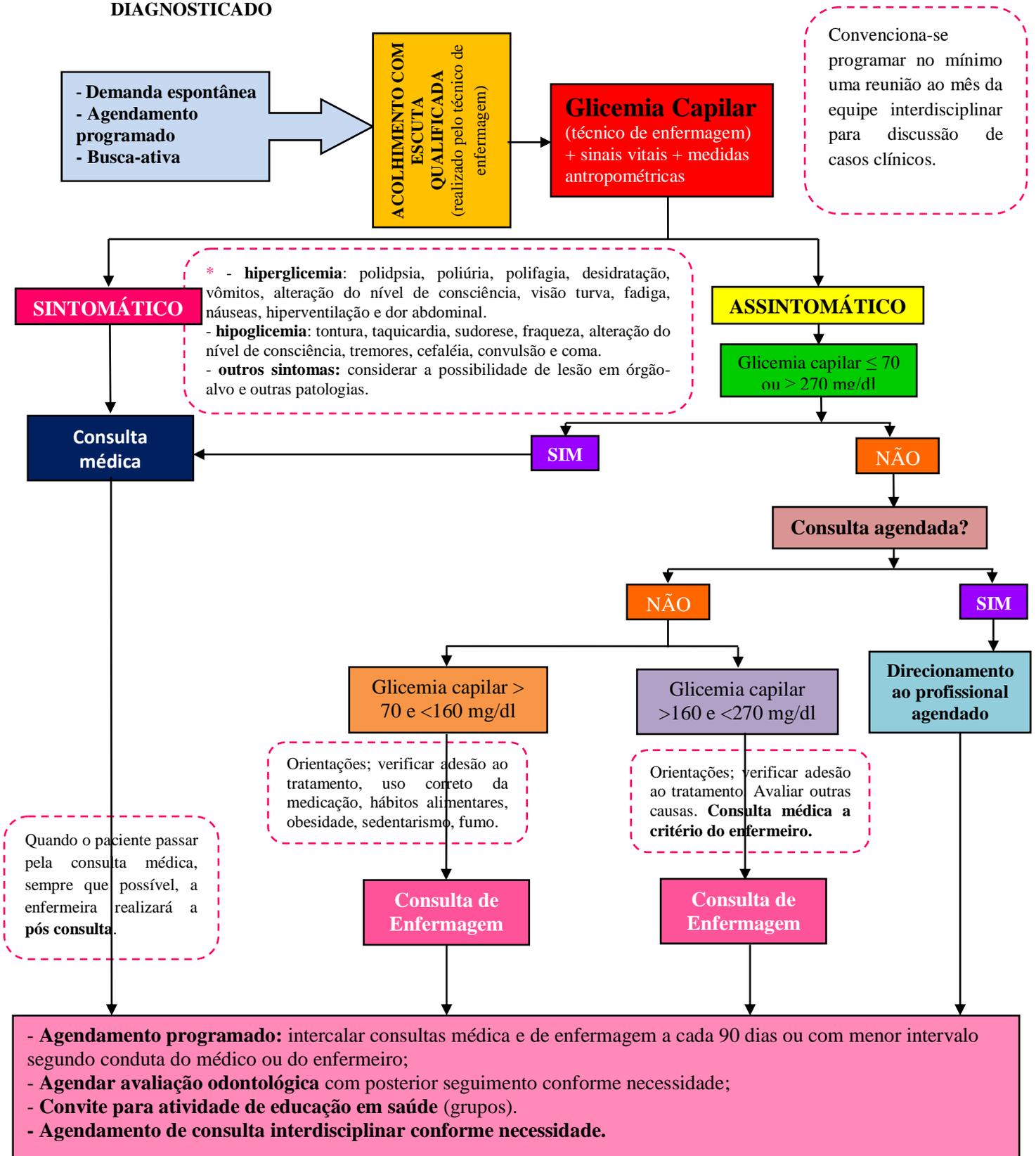
Caso a coordenação, concorde e aceite, o projeto de implantação do fluxograma será apresentado aos gestores para avaliação. Será levada em consideração uma revisão do projeto conforme necessidade para viabilidade de sua implantação, em sendo aprovado a realização dessa experiência, será realizada uma capacitação junto aos profissionais objetivando a implantação da nova proposta de atendimento ao paciente diabético no serviço de saúde.

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a Lei dos Direitos Autorais, que consiste na Lei nº 9.610 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998). Sendo assim, o estudo foi devidamente conduzido no sentido de não plagiar quaisquer trabalhos, sempre realizando devidamente a citação de fontes e autoria e dispensando tratamentos adequados aos dados obtidos.

#### **4 RESULTADOS E ANÁLISE**

Com o objetivo de organizar e facilitar o acesso do paciente diabético ao serviço de saúde elaborou-se um fluxograma (Figura 1) para direcionar o atendimento interdisciplinar ao paciente na ESF de Iriri.

**Figura 1. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR AO USUÁRIO COM DIABETES DIAGNOSTICADO**



Apresenta-se a seguir a descrição das etapas do fluxograma de atendimento interdisciplinar ao usuário diabético:

a) Acolhimento com Escuta Qualificada

O paciente com diagnóstico de diabetes ao chegar na Unidade de Saúde deve ser imediatamente acolhido pela equipe de enfermagem. Nesse primeiro contato com o paciente, o técnico de enfermagem fará com uma escuta qualificada que permita um direcionamento adequado para suas necessidades. A glicemia capilar será realizada, assim como aferição dos sinais vitais e das medidas antropométricas. Para consulta médica serão direcionados os pacientes previamente agendados, os que apresentarem alguma sintomatologia de hipoglicemia, hiperglicemia ou outro sintoma importante, conforme o fluxograma (Figura 1), aqueles pacientes assintomáticos com glicemia alterada (abaixo de 70 mg/dl ou acima de 270 mg/dl) ou aqueles pacientes encaminhados pelo enfermeiro.

Os demais pacientes diabéticos são encaminhados para consulta de enfermagem para melhor avaliação e seguimento (pacientes não agendados / demanda espontânea/ pacientes agendados para consulta de enfermagem) e os pacientes com consulta agendada para o dentista serão devidamente direcionados (pacientes com agendamento programado).

b) Consultas Individuais do Médico, Enfermeiro e Dentista

Cada profissional de saúde realiza sua consulta privativa conforme competência e conhecimento próprios. A consulta individual de cada profissional deve, entre outras coisas, ser uma oportunidade de promover ações de educação em saúde. O encaminhamento a especialistas deverá ser feito a critério médico em conformidade de Protocolos de Regulação existentes.

### c) Agendamento Programado

Os profissionais de saúde deverão ter em suas agendas vagas disponíveis para atendimento programado de pacientes com diabetes diagnosticado. O paciente diabético terá suas consultas agendadas sistematicamente pelo enfermeiro para a equipe interdisciplinar (médico, enfermeiro e dentista), com periodicidade mínima estabelecida de 90 dias entre as consultas médicas e de enfermagem, ou com um intervalo menor de tempo conforme critério clínico. Para aquele paciente que nunca se submeteu a avaliação odontológica, será realizado agendamento e verificada a periodicidade de retorno, caso haja necessidade.

### d) Atividade de Educação em Saúde

Ao menos uma vez por mês deverão ser realizados grupos de educação em saúde pela equipe interdisciplinar, com temas definidos pelos membros da equipe, visando orientações aos pacientes. A diversidade nas dinâmicas de educação incluirá palestras, rodas de discussão, trabalhos em grupo etc., serão utilizados os recursos audiovisuais disponíveis.

### e) Reunião para Discussão de Casos Clínicos

Haverá programação de uma reunião mensal entre os profissionais de saúde da equipe para discussão dos casos clínicos mais complicados. Estes pacientes serão identificados durante as consultas individuais com a equipe.

#### f) Consultas Interdisciplinares

Deverá ser destinado na agenda dos profissionais de nível superior um dia para atendimento interdisciplinar, os profissionais realizarão uma consulta conjunta com os pacientes diabéticos que requerem maiores cuidados. A consulta será individual e interdisciplinar, os pacientes agendados para esse atendimento serão definidos nas reuniões de discussão de casos clínicos.

#### g) Acompanhamento Pós- Consulta

Após a consulta com o médico ou enfermeiro o paciente será orientado a respeito do tratamento, e do retorno programado. Será programada uma visita mensal domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde.

Em estudos realizados por Paiva et al (2006) concluiu-se que o atendimento diferenciado ao diabético, por meio de um instrumento ou programa específico contribui para o acesso do mesmo à unidade de saúde, aumentando por consequência a adesão ao tratamento. A abordagem individual ou em grupos de educação em saúde facilita a aquisição de conhecimentos por parte dos pacientes, o que foi comprovado em alguns estudos anteriores. Resultados similares são esperados com a implantação do fluxograma proposto (JULIANO et al, 2012).

Em estudo realizado por SAAR; TREVIZAN (2007) sobre a percepção dos profissionais em relação à prática interdisciplinar foi constatado que os profissionais inseridos em uma prática interdisciplinar trabalharam melhor, trocaram mais experiências, sentiram-se mais satisfeitos e preparados para o atendimento. Um resultado esperado com a implantação do fluxograma

proposto é a maior interação e integração da equipe multiprofissional , com troca de experiências e maior satisfação do profissional em seu ambiente de trabalho.

JULIANO et al (2012) em estudo realizado no Hospital Universitário de Juiz de Fora, constatou que a implantação do acolhimento com escuta qualificada ao paciente diabético proporcionou muitos benefícios, como a maior adesão ao tratamento, menor índice de faltas às consultas, maior estabelecimento de vínculo com o paciente, melhor qualidade na porta de entrada do serviço, maior valorização multiprofissional, facilidade de acesso ao serviço e oferta de um cuidado mais integrado. Espera-se resultados similares com a implantação deste projeto proposto.

Zenetti et al (2006) e Otero (2005) objetivando propor um modelo de atendimento sistemático ao paciente diabético, observou como resultados da pesquisa a redução dos sinais e sintomas comumente referidos pelos pacientes e um aumento na cobertura medicamentosa, o que demonstrou os benefícios da sistematização de um atendimento ao paciente. Esperam-se tais benefícios com a sistematização proposta neste estudo.

A abordagem interdisciplinar facilita as ações de saúde direcionadas aos grupos de risco, uma proposta de intervenção com mais qualidade, o que poderá garantir melhores resultados (MALTA E MERHY, 2010).

David e Torres (2013) observaram que as práticas educativas em diabetes realizadas de maneira sistematizada e interdisciplinar por profissionais capacitados tiveram um impacto positivo no tratamento do paciente. A implantação de um atendimento específico e programado ao paciente favorece um maior vínculo com a ESF, melhora a interação da equipe de saúde, o comparecimento com mais frequência do paciente a unidade de saúde, e a conseqüente melhora na adesão ao tratamento. A implementação de um programa inovador poderá facilitar a avaliação mais acurada do paciente por meio de um atendimento preconizado segundo as diretrizes específicas (PAIVA et al, 2006). Resultados e benefícios como esses também são esperados com a implantação do projeto proposto.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O atendimento ao portador de diabetes é extremamente complexo, havendo necessidade de desenvolvimento de estratégias de efetividade, resolutividade e integralidade, para tanto se faz necessário o desenvolvimento de ações sistematizadas.

As ações de saúde pautadas na interdisciplinaridade não constituem uma tarefa simples, pois estão relacionadas à vontade, conhecimento, atitude, visão, relacionamento, responsabilidade e compromisso de cada profissional. A implantação de uma sistematização de cuidado, levando-se em consideração a situação vigente que oportunize ações reais e aplicáveis para a melhoria do atendimento prestado, torna-se fundamental.

Espera-se que a proposta ora apresentada, um fluxograma norteador para direcionar o atendimento interdisciplinar ao paciente diabético na ESF, seja avaliada, discutida e se tenha uma oportunidade de implantá-la, objetivando a construção e reconstrução de saberes, ações e práticas profissionais o que poderá permitir um atendimento de maior qualidade.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 36 – Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013.
- CASADO, et al. Fatores de Risco para Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55. n. 4, p. 379-388, Jul./Ago. 2009.
- DAVID, G. F.; TORRES, H.C. Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas estratégias educativas em diabetes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1185-1192, Set./Nov., 2013.
- ESPÍRITO SANTO, M. B. et al. Adesão aos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 88-101, Jan./Abr. 2012.
- FISHER, E.B. et al. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. **Diabetes Education**, v. 33, n. 6, p. 1080-1103, Nov./Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057276>>. Acesso em: 12 dez. 2013.
- FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 590-597, Jul./Ago., 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt\\_v15n4a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a11.pdf)>. Acesso em: 07 jan. 2014.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acessado em: 20/02/2014.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *Diabetes Atlas. 5. Ed.* Brussels, Belgium: 2011. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas>. Acesso em> 13 jan. 2014.
- JULIANO, A. C. dos S. R. S. et al. **Diabetes Mellitus: abordagem interdisciplinar**. 1. Ed. Juiz de Fora: UFJF, 2012.
- LIMA, A. de L. **Ação Anti-droga no município de Fátima de Sul com enfoque no álcool e tabaco**. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2011.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- MINAYO, M. C. de S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Revista Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 42-64, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIGITEL Brasil 2011** – Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011. Brasília, DF, 2012. p. 82-86.

MOLINO, G. C. et al. Assistência ao Diabetes no Sistema Único de Saúde. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 65-74, Jan./Mar., 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

OTERO, L. M. **Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes management**. 207 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2005.

PACHECO, R. C. S. et al. Interdisciplinaridade vista como um processo de construção do conhecimento. **Revista Brasileira de Pós-graduação**, v. 7, n. 12, p. 136, jul., 2010. Disponível em: <[http://www.capes.gov.br/.../7\\_artigo.pdf](http://www.capes.gov.br/.../7_artigo.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2013.

PAIVA, D. C. P. et al. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Fev. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Fev. 2014.

POMBO, O. Epistemologia da Interdisciplinaridade. Revista **Do Centro de Educação e Letras da Unioeste**, v. 10, n. 1, p. 9-40, jan.-jun., 2008. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. de M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Fev. 2014.

SAUPE, R. et al. **Competência de profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. Disponível em: <[http://www.scielo.com.br/scielo.php?pid=51414-32832005000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.com.br/scielo.php?pid=51414-32832005000300005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 de jan. 2014.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n.4, p. 65-74, Santa Catarina, 2003.

SAAR, S. R. da C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, Fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Fev. 2014

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000400001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 fev. 2014.

TAVARES, C. M. A., et al. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Texto e contexto em enfermagem**. Florianópolis, v.14, n.2, Jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.br>>. Acesso em 17 Jan. . 2014.

VILELA, E. M. ; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, Ago. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 fev. 2014.

ZENETTI, M. L. et al. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, Fortaleza v. 19, n.4, p. 253-260, 2006.