

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**LUCIANA HENDGES**

**ROTINA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DIABÉTICO NA ESF  
EM CHAPECÓ/SC**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**LUCIANA HENDGES**

**ROTINA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DIABÉTICO NA ESF  
EM CHAPECÓ/SC**

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

**Prof. Orientador: Me. Inácio Alberto Pereira Costa**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ROTINA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DIABÉTICO NA ESF EM CHAPECÓ/SC** de autoria do aluno **LUCIANA HENDGES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

---

**Prof. Me. Inácio Alberto Pereira Costa**  
**Orientador da Monografia**

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus colegas de equipe do Centro de Saúde da Família Cristo Rei que contribuíram para a sua efetivação.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus colegas que colaboraram para a efetivação deste trabalho: Enfermeira Caroline Detoni e Auxiliares de enfermagem Lurdes Melania Singeski e Marines da Costa.

Agradeço as demais colegas enfermeiras da rede municipal de saúde de Chapecó pela contribuição ao estudo e confiança.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>3</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>7</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>9</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>20</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1. Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2.....</b>	<b>11</b>
---	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1. Parâmetros laboratoriais utilizados no diagnóstico do DM.....</b>	<b>5</b>
<b>Tabela 2. Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos.....</b>	<b>10</b>
<b>Tabela 3. Sintomas suspeitos de DM.....</b>	<b>10</b>
<b>Tabela 4. Frequência das Consultas de Enfermagem à pessoa com DM tipo 2.....</b>	<b>14</b>



## **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo propor a SAE ao paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2 no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo adaptado a partir do Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde (2013). Aborda os procedimentos e condutas de enfermagem a serem tomadas durante a consulta de enfermagem e o acompanhamento posterior ao paciente diabético tipo 2. Este estudo tem como objetivo em fornecer subsídios teóricos aos enfermeiros para que estes prestem assistência necessária aos usuários na ESF através da padronização de condutas e avaliações.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família, Diabetes Mellitus, Cuidados de Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Chapecó se constitui na maior cidade da região Oeste do Estado de Santa Catarina, possuindo 183.530 habitantes (IBGE, 2010). Essa população está assistida por uma rede de assistência à saúde pública organizada nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF) comportando 27 Centros de Saúde da Família, além de contar com apoio hospitalar e Centros de Referência em especialidades médicas e exames. São 41 equipes de saúde da família implantadas, sendo que 28 destas possuem equipe de saúde bucal, o que confere uma taxa de cobertura populacional de 74,2% da população assistida pela ESF (DAB, 2014). Além disso, o município conta com 04 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família tipo 1.

A temática deste trabalho se refere à assistência de enfermagem ao paciente diabético no âmbito das equipes de saúde da família e tem como objetivo propor uma rotina com protocolos de assistência de enfermagem a esses pacientes. A partir da necessidade de uma padronização da assistência de enfermagem no município, visto que não possuímos protocolos assistenciais próprios, mas seguimos os disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), no caso do Caderno de Atenção Básica número 36 de 2013 que se refere às “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus”. No entanto, há a necessidade de estruturar uma rotina própria, considerando o ambiente de trabalho e condições de prestar assistência a estes pacientes na rotina da ESF, assim, justifica-se a escolha da temática.

A proposta para sistematizar a assistência de enfermagem ao paciente diabético no âmbito da ESF no município de Chapecó/SC foi realizada em um Centro de Saúde da Família que comporta 2 equipes de saúde da família responsáveis pela assistência em atenção básica de 7.565 pessoas, sendo que 124 destas possuem o diagnóstico de Diabetes Mellitus (SIAB, 2014). A rotina assistencial de enfermagem prévia se concentrava na repetição de receituários de medicamentos de uso contínuo, sem uma proposta de retornos, acompanhamento de exames ou uma consulta de enfermagem mais direcionada em função do alto número de atendimentos realizados pelas enfermeiras, chegando a 40 por turno. Surgiu então uma proposta de repetição de receitas de uso contínuo para aquelas pessoas que estavam com a doença controlada, o que diminuiu a demanda por consultas de enfermagem, mas originou outro problema: quando e como esse paciente deverá ser assistido? Assim,

respondemos a essa pergunta com a apresentação deste trabalho, considerando que o tratamento e acompanhamento destes pacientes devem ser realizados de forma multiprofissional com estabelecimento do vínculo entre a equipe e o usuário, através de um plano de assistência que promova o autocuidado visando à integralidade a partir do contexto socioeconômico e cultural, familiar e necessidades dos indivíduos.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 63% das causas de óbitos em 2008, sendo que 80% dos óbitos por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, nos quais dois terços são de indivíduos com idade acima de 60 anos (BRASIL, 2011).

No caso do Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%) e diabetes (5,2%) atingindo fortemente os estratos mais pobres da população e grupos vulneráveis como os idosos. Apesar disso, observou-se redução nessa taxa na última década, o que pode ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas (BRASIL, 2011).

O Brasil criou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), considerando o intervalo de 2011 a 2022, no qual aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011).

Neste sentido, acredito que o curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis colabora grandemente com a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) ao capacitar os profissionais enfermeiros para o seu cuidado, estimulando uma forma mais eficaz de cuidado baseado na inserção dos usuários em seu processo de cuidado, fortalecendo vínculos entre equipe e usuários e também no sentido de basear o tratamento e prevenção de conseqüências na mudança de hábitos de vida.

Segundo Almeida (2013), o aumento global da prevalência do Diabetes Mellitus representa importante prejuízo à qualidade de vida e incorre em altos encargos para os sistemas de saúde. Medidas educativas são apontadas como importantes estratégias de prevenção e

acompanhamento que visam à melhoria da saúde e da qualidade de vida, além de colaborar com a diminuição das complicações e dos custos assistenciais decorrentes dessas doenças.

No módulo 7 deste curso de especialização que “a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método baseado no conhecimento científico para a organização do trabalho de enfermagem com o objetivo de nortear o cuidado” (ALMEIDA *et al* 2013, apud BARROS *et al.*, 2002) e que a utilização de uma metodologia de trabalho gera benefícios à todos os envolvidos na assistência, porquê:

- oferece maior segurança no planejamento, na execução e na avaliação das condutas de enfermagem;
- individualiza a assistência;
- aproxima profissional e cliente;
- reconhece mais sistematicamente a situação;
- favorece a resolução dos problemas identificados;
- facilita o processo de avaliação dos serviços;
- poupa tempo e energia dos profissionais e faz com que eles prestem um cuidado de enfermagem com qualidade e resolubilidade;
- favorece a autonomia do enfermeiro, já que suas intervenções serão baseadas em conhecimentos técnicos-científicos (ALMEIDA *et al*, 2013, pg. 117).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determinou que o Processo de Enfermagem deva ser realizado por todos os enfermeiros, conforme a Resolução 358/2009, composto estruturalmente em 5 etapas fundamentais: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação.

## **2.1 O DIABETES MELITTUS – CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO**

O Diabetes mellitus transtorno metabólico de etiologias múltiplas, caracterizado por níveis de glicemia sanguínea acima dos padrões de normalidade e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Os fatores de risco para desenvolver diabetes são:

Excesso de peso (IMC >25 kg/m<sup>2</sup>)

História de pai ou mãe com diabetes;

Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);

História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;

Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);

Exame prévio de HbA1c  $\geq$ 5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;

Obesidade severa, acanthosis nigricans;

Síndrome de ovários policísticos;

História de doença cardiovascular;

Inatividade física;

Idade  $\geq$  45 anos;

Risco cardiovascular moderado

Fonte: BRASIL 2013 apud AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013.

Tabela 1 - Parâmetros laboratoriais utilizados no diagnóstico do DM:

Diagnóstico	Glicose de Jejum	120 min. após glicoses	Ao acaso
Normal	<100	<140	
Glicemia de jejum alterada	$\geq$ 100 e <126		
Tolerância à glicose diminuída	<126	$\geq$ 140 e <200	
Diabetes Mellitus	$\geq$ 126	$\geq$ 200	$\geq$ 200 (sintomas)

Fonte: SBD, 2011<sup>a</sup>.

Há 2 tipos de diabetes: tipo 1 e tipo 2, sendo que cerca de 90% dos casos de diabetes são do tipo 2, sendo que o tipo 1 é mais frequente em crianças e adolescentes.

O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico (BRASIL, 2013, p.29).

Tem como sintomas clássicos a poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso, conforme disposto no CAB no 36 (BRASIL,2013, p.29).

## **2.2 TRATAMENTO DO PACIENTE**

O tratamento do diabetes é medicamentoso associado à mudanças de hábitos de vida, como reeducação alimentar e práticas de atividades físicas, tendo como objetivo obter o controle glicêmico e evitar as complicações crônicas (BRASIL, 2013, p. p47). Neste estudo propomos a padronização da assistência de enfermagem ao paciente diabético tipo 2 não complicado, pois os pacientes com diabetes tipo 1 e que apresentam complicações são acompanhados por médico especializado, em outro setor na Rede de Atenção à Saúde no município de Chapecó.

Em estudo realizado por Araujo *et al* (2011), sobre o cumprimento do tratamento de pacientes diabéticos com medicações orais, constatou que mais de 70% das pessoas com DM não cumprem adequadamente a proposta de tratamento, apresentando glicemia acima dos níveis desejados e sugerindo que a problemática esteja na relação profissional-usuário e nas estratégias de educação em saúde, concluindo que as ações de promoção da saúde devem permear a relação profissional usuário no âmbito da atenção básica.

Neste sentido, Torres *et al* (2009, p.291) comparou a efetividade das estratégias de educação em saúde individual e em grupo de pacientes com DM tipo 2 na atenção básica, no qual observou que a educação em grupo apresentou melhores resultados de controle glicêmico do que a individual, considerando que as práticas de educação em grupo foram realizadas de forma dinâmica, o que possibilitou a participação da pessoa em seu autogerenciamento e estimulando sua autonomia, interagindo com outras pessoas de mesma condição e facilitando a troca de informações e apoio mútuo.

Assim, no presente estudo, propomos a SAE individual à pessoa com DM tipo 2 de forma objetiva e já tendo contatado e iniciado os estudos para realização de grupo de educação em saúde para a promoção e tratamento das pessoas com DM tipo 2 no CSF. Este se trata de outro projeto desenvolvido através de um programa do Ministério da Saúde, definido como Pró-Saúde, que incentiva os profissionais, professores e estudantes universitários a buscarem novos aprendizados e formas de assistência aos usuários do SUS.

### 3 MÉTODO

A assistência aos indivíduos acometidos por Diabetes Mellitus na atenção básica municipal, através do Programa Hiperdia, uma estratégia de nível nacional inserida na Atenção Primária no âmbito da Saúde da Família, contando ainda com serviços especializados de referência, definido como Centro de Referência em Especialidades Médicas (CRESM) e o Setor de Feridas Crônicas. O CRESM oferece acompanhamento aos pacientes com quadros graves de hipertensão e os diabéticos em uso de insulina.

Os usuários diabéticos (não insulino dependentes) retiravam as medicações com intervalo de 2 meses nos Centros de Saúde da Família aonde estão cadastrados para acompanhamento e os exames de rotina eram realizados anualmente quando dentro dos padrões de referência, caso estejam alterados seguiam conduta médica. A inexistência das consultas médicas ou de enfermagem programada, específicas para estes pacientes, caso desejasse avaliação médica deveriam solicitar sua ficha e aguardar atendimento juntamente com todos os pacientes da unidade.

Os pacientes compareciam ao serviço de saúde eram avaliados quanto a verificação dos sinais vitais, hemoglicoteste e peso, e os resultados passados para avaliação da enfermeira para acompanhamento e avaliação.

Os grupos de educação em saúde eram basicamente um encontro a cada dois meses, com grande número de pacientes portadores de hipertensão e diabetes, onde eram fornecidas as medicações e realizadas palestras conforme vontade do profissional palestrante.

O contexto deste trabalho abrange duas equipes de saúde da família implantadas em um Centro de Saúde da família do município de Chapecó/SC responsáveis pela assistência em atenção básica de 7.565 pessoas, sendo que 124 destas possuem o diagnóstico de Diabetes Mellitus (SIAB, 2014). Este trabalho propõe uma rotina de assistência de enfermagem ao paciente diabético no âmbito da ESF, ou seja, pacientes diabéticos tipo 2 não complicados.

Durante o processo de estudo do curso, em reunião com as enfermeiras de toda a rede assistencial municipal, foi sugerido o estabelecimento de protocolos assistenciais, sendo inclusive contratada uma empresa para construção dos protocolos. No entanto, a empresa desistiu de efetuar os trabalhos considerando que um protocolo deve ser um estudo aprofundado e necessita



de comprovação de efetividade sendo implantado por um período de tempo e avaliado, o que seria demasiado complexo para ser realizado por esta empresa. Assim, a coordenação de enfermagem do município solicitou a colaboração espontânea das enfermeiras para solucionar a problemática, já que não possuía protocolos próprios. Como um dos objetivos deste curso concentra-se na de mudanças na prática profissional, então este trabalho propôs uma rotina assistencial de enfermagem ao paciente diabético no âmbito da ESF, sendo categorizada como nova modalidade assistencial.

Realizada revisão de literatura acerca da temática procurando basear as ações de enfermagem de forma científica, a partir da qual adaptei a realidade assistencial de enfermagem ao paciente diabético tipo 2 no âmbito da ESF no município de Chapecó. O roteiro foi analisado e avaliado pela equipe de ESF na qual estou inserida antes da implementação, com objetivo de verificar o que a equipe considerava como necessidade de mudanças para colocar em prática, não havendo tais sugestões, programou-se como descrito abaixo: consulta de enfermagem e rotinas assistenciais.

O período de desenvolvimento deste projeto foi de 04 de novembro a 30 de dezembro de 2013, sendo utilizado o instrumento de sistematização conforme apresentado a seguir, possuindo como base de referencia teórica o Caderno de Atenção Básica número 36 (BRASIL, 2013), orientações da Sociedade Brasileira de Diabetes (2011a) e na Política Nacional de Atenção Básica, além disso, também foi utilizado como referencial o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes, SMS-Ribeirão Preto/SP (2011).

Por não se tratar de pesquisa, o projeto deste trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

## **4 RESULTADO E ANÁLISE**

Nesta fase terá a proposta de padronização em duas etapas, sendo a primeira etapa de rastreamento de casos e a segunda a de acompanhamento de pacientes já diagnosticados.

### **4.1 Consulta de Enfermagem para Rastreamento de Casos de Diabetes**

O Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica número 36, recomenda que as pessoas que apresentarem os fatores de risco para diabetes (Tabela 2) devem realizar a glicemia de jejum, atribuindo ao enfermeiro esse primeiro atendimento e encaminhando ao médico para confirmação diagnóstica. Caso o resultado esteja dentro dos padrões de normalidade (70 a 100mg/dl) estes usuários deverão repetir em 3 ou 5 anos. Se a tolerância à glicose estiver diminuída ou houver relato de diabetes gestacional prévio, deverão realizar a testagem anualmente. Os objetivos dessa consulta de rastreamento é identificar a história pregressa da pessoa, sintomas (tabela 2), realizar exame físico (verificação da pressão arterial), peso, altura e circunferência abdominal e do cálculo do índice de massa muscular (IMC), identificar os fatores de risco para DM e se necessário, solicitar os exames laboratoriais que possam contribuir para o diagnóstico (glicemia capilar e glicose de jejum).

Caso a glicemia capilar esteja igual ou acima de 200mg/dl deverão ser solicitados os seguintes exames pelo enfermeiro: hemograma, glicemia de jejum, creatinina sérica, frações do colesterol (colesterol total, hdl e ldl), triglicerídeos, ácido úrico, TGO, TGP e hemoglobina glicada. Sendo agendada consulta médica para mostrar os resultados dos exames e confirmação diagnóstica.

**Tabela 2 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos**

<p><b>Excesso de peso (IMC &gt;25 kg/m<sup>2</sup>) e um dos seguintes fatores de risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• História de pai ou mãe com diabetes;</li> <li>• Hipertensão arterial (&gt;140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);</li> <li>• História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;</li> <li>• Dislipidemia: hipertrigliceridemia (&gt;250 mg/dL) ou HDL-C baixo (&lt;35 mg/dL);</li> <li>• Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;</li> <li>• Obesidade severa, acanthosis nigricans;</li> <li>• Síndrome de ovários policísticos;</li> <li>• História de doença cardiovascular;</li> <li>• Inatividade física;</li> </ul>
<p>OU</p> <p>Idade ≥ 45 anos;</p>
<p>OU</p> <p>Risco cardiovascular moderado (Ver Cadernos de Atenção Básica, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica).</p>

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013.

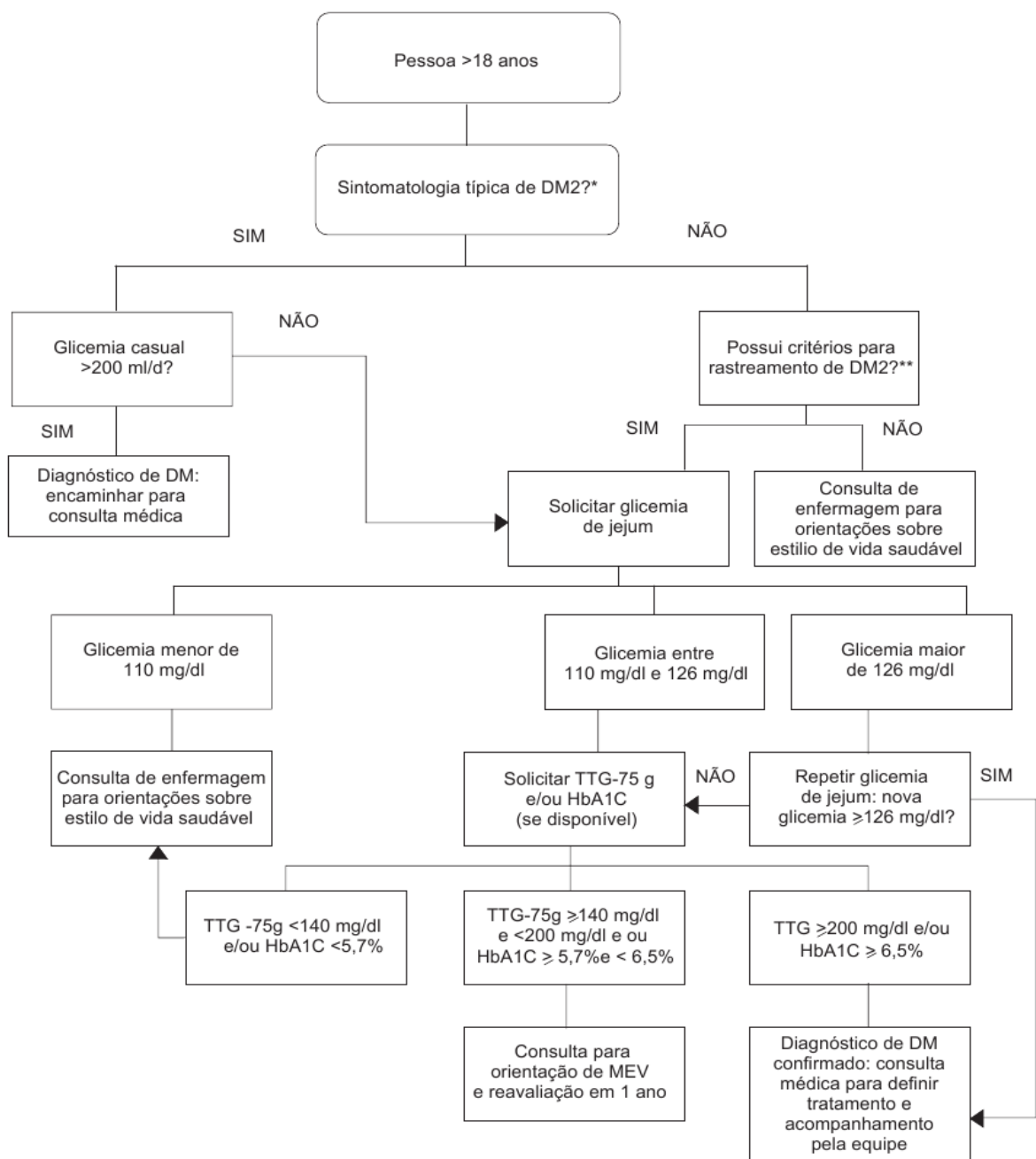
**Tabela 3 – Sintomas suspeitos de DM**

Sinais e sintomas clássicos: poliúria, polidipsia, perda inexplicada de peso, polifagia
Sinais menos específicos: fadiga, fraqueza e letargia, visão turva, prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite
Complicações crônicas/doenças intercorrentes: proteinúria, neuropatia diabética (cãimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano), retinopatia diabética, catarata, doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica), infecções de repetição.

Fonte: DUCAN, B.B. Et al, 2013.

Basicamente, se deve seguir o fluxograma conforme a figura 1, proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.33):

**Figura 1 – Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2**



Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Ver Tabela 2 – Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM.

\*\* Ver Tabela 1 – Critérios para o rastreamento de DM para adultos assintomáticos.

MEV = Mudanças de estilo de vida.

O diagrama acima apresenta de forma objetiva a conduta a ser realizado para o rastreamento de novos casos de Diabetes Mellitus, o que facilita a tomada de decisão no momento da assistência otimizando a utilização de recursos na saúde da família, tanto de

materiais como humanos, pois orienta de forma segura a conduta a ser tomada em diferentes casos.

### **Consulta de Enfermagem para acompanhamento de diabéticos tipo 2**

O cuidado de enfermagem à pessoa diabética deve ser focado na educação em saúde para auxiliá-la a conviver melhor com sua condição crônica, reforçando sua percepção de riscos à saúde e possibilite o desenvolvimento de habilidades para enfrentar os problemas, estimulando a autonomia e promovendo a cor responsabilização pelo seu cuidado. O objetivo das consultas compreenda em identificar o problema de saúde, identificar e evitar os fatores de riscos e suas complicações, além de alcançar e manter um bom controle metabólico que é dependente de uma alimentação equilibrada e realização de atividades físicas regulares (BRASIL, 2013).

No cotidiano das equipes de ESF no município são acompanhados apenas os pacientes diabéticos tipo 2 não complicados, pois os pacientes diabéticos tipo 1 e casos complicados são acompanhados por equipe especializada no CRESM. Os pacientes com úlceras e feridas crônicas também são acompanhados em outro setor para tratamento das feridas que é o Centro de Feridas Crônicas, realizados curativos de alto custo e acompanhados equipe especializada.

A SAE para acompanhamento dos casos de diabetes realizados no CSF, baseados nas orientações do Ministério da Saúde e adaptado a realidade assistencial (BRASIL, 2013, p.35-38).

#### **4.2.1 Histórico**

- Dados pessoais: socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidade, potencial para o autocuidado.
- História prévia: história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional, alterações visuais.
- Queixas atuais, os cuidados implementados, tratamento prévio.
- Medicamentos utilizados para DM e outros problemas de saúde e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco como tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo. (BRASIL, 2013, p.36)

Este histórico auxiliará no desenvolvimento das atividades do profissional, buscando principais dados e que estes deem subsídios para um diagnóstico preciso e que o paciente tenha atendimento individualizado, de acordo com suas necessidades.

#### **4.2.2 Exame Físico**

Deve-se verificar a altura, peso, circunferência abdominal, IMC, pressão arterial e hemoglicoteste registrando se é em jejum ou pós-prandial. Deve-se observar atentamente os membros inferiores dos pacientes diabéticos no que tange a alterações nos pés.

#### **4.2.3 Diagnóstico das Necessidades de Cuidado**

Refere-se às necessidades de cuidados que a pessoa necessita para orientar o plano de assistência, observando os fatores de risco e as complicações que possam decorrer. Observar as seguintes situações:

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
  - Diminuição da acuidade visual e auditiva;
  - Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas;
  - Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
  - Medos: da perda da independência; de hipoglicemia, do ganho de peso [...]
- (BRASIL, 2013, p.36).

#### **4.2.4 Planejamento da Assistência**

São estratégias a serem implementadas para solucionar os diagnósticos identificados, contando com a participação da pessoa. Lembrar-se de orientar sobre os sinais de hipo/hiperglicemia e o que fazer nessas situações, motivar para mudança de hábitos de vida não saudáveis como o fumo, estresse, bebidas alcoólicas e sedentarismo, identificar complicações e o uso das medicações prescritas. Conforme necessário solicitar exames laboratoriais descritos neste estudo e quando pertinente encaminhar á outros profissionais.

#### **4.2.5 Implementação da Assistência**

A implementação da assistência ocorrerá conforme as necessidades da pessoa, grau de risco e sua capacidade de motivação para o autocuidado e implementação das ações. Neste momento é importante o apoio dos familiares.

#### 4.2.6 Avaliação do Processo de Cuidado

A cada consulta avaliar como a pessoa tem evoluído com relação ao seu autocuidado, se as metas foram alcançadas e como a pessoa está se sentindo com relação ao DM, reavaliar ações caso necessário e readaptar o plano de ação. É importante que todo o processo de acompanhamento seja registrado no prontuário da pessoa.

Após a apresentação do roteiro de consulta de enfermagem à pessoa com diabetes, estabeleceu-se junto à equipe a seguinte padronização para atendimento (adaptado do Protocolo de Atendimento à Hipertensão e Diabetes, 2011):

Tabela 4 – Frequência das Consultas de Enfermagem à pessoa com DM tipo 2

Idade	Compensado	Descompensado
20 – 60 anos	6/6 meses	Mensal
> 60 anos	4/4 meses	Mensal

Fonte: SMS-Ribeirão Preto, 2011.

O fluxograma de acompanhamento dos pacientes diabéticos ficou assim estabelecido na rotina de assistência de enfermagem no CSF:

O paciente chega ao CSF e se dirige à Recepção e encaminhado à Sala de Sinais Vitais. Nesta sala são verificados os sinais vitais dos pacientes (Pressão, Peso, Altura, Circunferência Abdominal e HGT) e se há receita prévia válida. Caso os sinais vitais estejam estabilizados, receita válida e não apresente dúvidas, o paciente é encaminhado para retirar a medicação na farmácia e orientado retornar em 30 dias para nova retirada. Caso os sinais vitais estejam alterados, receita vencida ou apresente dúvidas, o paciente é encaminhado para consulta de enfermagem. Conduas finais:

Receita vencida – nova prescrição de acordo com estabilização metabólica e idade;

Glicemia acima ou igual a 250mg/dl – encaminhado para assistência hospitalar imediata com orientação de retorno tão breve quanto possível ao CSF para dar continuidade ao acompanhamento (e encaminhamento ao setor de especialidades caso necessário);

Glicemia entre 140 e 249mg/dl – solicitado exames laboratoriais e agendado consulta médica para reavaliação do tratamento.

Níveis pressóricos elevados (acima ou igual a 150 x 90 mmHg) – assintomáticos, solicitar controle diário e retornar para avaliação. Sintomáticos encaminhar para assistência médica imediata.

Dúvidas – diálogo para esclarecimento e estímulo à autonomia.

Os exames laboratoriais são solicitados uma vez por ano, sendo o primeiro na primeira consulta de enfermagem e os subsequentes conforme controle apresentado. Se normais, anualmente. Caso alterados encaminhar para conduta médica.

A proposta aqui apresentada foi avaliada de forma positiva pela equipe, pois oferece segurança através do respaldo teórico para prestar a assistência de enfermagem ao paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2, atingindo o objetivo proposto.

A seguir apresento de forma sintética a SAE para melhor visualização do processo e como lembrete da mesma nos consultórios e ambientes de enfermagem, lembrando que no município apenas utilizamos o prontuário eletrônico. Estamos em fase de elaboração de uma carteirinha de acompanhamento do paciente diabético, a qual permanece aos cuidados do mesmo.

## **REPRESENTAÇÃO DA SAE AO PORTADOR DE DM TIPO 2 NA ESF**

Histórico

Dados pessoais:

História prévia:

Queixas:

Medicações:

Hábitos de vida:

Fatores de risco:

Exame físico

Altura:

Peso:

IMC:

PA:

HGT:



Diagnósticos presentes:

Planejamento das ações:

Implementação:

Avaliação:

### **FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NO CSF:**

Acolhimento → Recepção → Sala de Sinais Vitais →

- Receita válida, sinais vitais estáveis, sem dúvidas/queixas → Farmácia → Retorno em 30 dias.
- Receita vencida, sinais vitais alterados, dúvidas ou queixas presentes → Enfermeira.

Receita vencida → nova prescrição de acordo com quadro.

Glicemia acima ou igual a 250mg/dl → Hospital → retorno imediato.

Glicemia entre 140 e 249mg/dl → exames laboratoriais e agendamento clínico.

Níveis pressóricos elevados (150x90mmHg) → assintomáticos → MAPA e retorno.

Níveis pressóricos elevados (150x90mmHg) → sintomáticos → assistência médica.

Dúvidas/queixas → orientações e encaminhamentos.

Exames laboratoriais → realizados anualmente. Alterados → assistência médica.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo colaborou efetivamente para melhoria da assistência de enfermagem aos pacientes diabéticos no âmbito da Estratégia Saúde da Família, sendo possível de ampliação para as demais equipes, o que será realizado a partir da avaliação pela coordenação de enfermagem a nível municipal tão logo aprovado pelo curso.

O fluxograma apresentado neste trabalho facilita a assistência aos diabéticos no CSF, sendo este de fácil compreensão e inserção na assistência. Com isso, observa-se a importância desta ação que fornecerá mais segurança à assistência ao paciente.

Torna-se de grande importância a conscientização de todos os profissionais, em seguir esta sistematização, que será benéfica para os profissionais e os pacientes.

O trabalho está sujeito a alterações decorrentes da futura avaliação de outros colegas enfermeiros e atualizações conforme comunidade científica e publicações do Ministério da Saúde. Acredito que uma proposta de educação em saúde a esses pacientes poderia ser incorporada ao estudo, que já está em andamento junto à universidade local através de um projeto em parceria com o município e o ministério da saúde, a partir da sugestão da equipe, agregando valor e conhecimento ao estudo aqui apresentado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Maria et al. Universidade Federal de Santa Catarina/UNASUS/Curso de Especialização em Linhas de Cuidado de Enfermagem, opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis, **Módulo VII – Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)**. 2013.

ARAUJO, M. F. M. *et al* . Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 1, mar. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acessado em 06 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria MS/GM nº 2.488/11 de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <[189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Plano de Ação para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da saúde, 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/v9n4/a14v9n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/v9n4/a14v9n4.pdf)>. Acesso em 02 fev. 2014.

DAB. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Relatório janeiro 2014**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 05 fev.2014.

DUNCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial, **Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=420420&search=santa-catarina|chapeco|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: [s.n], 2011.

SIAB. Sistema de Informação de Atenção Básica. Chapecó/SC. **Consolidado de famílias cadastradas no ano de 2014**, competência fevereiro de 2014.

SMS-Ribeirão Preto. **Protocolo de Atendimento à Hipertensão e Diabetes**. São Paulo, 2011. Disponível em: <[www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/.../prot-hipertensao.pdf](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/.../prot-hipertensao.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Brás. Cardiol., v.95, n.1, p.1-51, 2010.

TORRES, H. C. et al . Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 2, abr. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 maio 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

## APÊNDICES E ANEXOS

Das atribuições específicas  
(PORTARIA GM/MS 2.488/2011)

### **Do enfermeiro:**

- I -realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

### **Do auxiliara e do técnico de enfermagem:**

- I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- IV -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e
- V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.