



## **Especialização em Saúde da Família**

### **Adesão dos pacientes com *Diabetes Melitus* ao tratamento antes e após implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**

**Aluna: Andrea Calzavara Barcellos**

**Orientadora: Profa. Dra. Raquel Machado Cavalca Coutinho**

**Sorocaba, 28 de março de 2015**

## Sumário

<b>1. Introdução .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Metodologia.....</b>	<b>6</b>
<b>4. Resultados Esperados .....</b>	<b>6</b>
<b>5. Cronograma.....</b>	<b>8</b>
<b>6. Referências.....</b>	<b>9</b>

## 1. Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, também chamado de processo de enfermagem, é um método específico de aplicabilidade no ato de cuidar, através de uma abordagem científica, ou como um instrumento de soluções de problemas, encontrados na prática de enfermagem<sup>1</sup>. Temos no Brasil, Wanda Horta como um importante marco no sentido de propor uma assistência sistematizada a partir de 1973<sup>2</sup>.

A construção de tal processo é composta por etapas, como levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação/evolução, visando e possibilitando a melhoria da assistência e consequentemente prevenções de complicações<sup>3</sup>. É exclusivo do profissional enfermeiro e sua utilização proporciona um instrumento prático, possibilitando a qualidade almejada<sup>3</sup>. A resolução do COFEN-272/2002<sup>4</sup>, artigo 2, ressalta que o enfermeiro é o responsável pela sua implementação e no seu artigo 3, evidencia que esta devesse ocorrer em todas instituições de saúde. Devendo ser composta por histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem. Apesar da resolução do Cofen (2002) e estudos demonstrarem sua importância, muitas instituições não se programaram para implantação da SAE.

Atualmente a Diabetes Mellitus é considerado um importante problema de saúde pública, tanto como em prevalência, incidência e mortalidade prematura, como pelos custos envolvidos no controle e no tratamento de suas complicações<sup>5</sup>. O tratamento é complexo, visando alcançar níveis normais de glicose sanguínea, evitando complicações agudas, exigindo desta forma uma equipe de saúde multiprofissional capacitado para tal<sup>6</sup>. A importância do controle do diabetes acentua-se pelo fato de constituir-se como a sexta causa básica de morte no Brasil, a principal causa de cegueira adquirida e de amputação de membros inferiores. Além disso, os pacientes diabéticos representam 30% das internações em unidades coronarianas intensivas com dor precordial. A chance de os portadores de diabetes sofrerem um derrame cerebral é duas vezes maior em relação aos não diabéticos<sup>7</sup>. É uma doença metabólica, caracterizada pela produção insuficiente de insulina e consequentemente hiperglicemia, associada a várias complicações oriundas da

vascularização periférica insuficiente, o pé diabético, a nefropatia e a cegueira. Todas estas sequelas comprometem a produtividade, a qualidade de vida, e a sobrevivência dos indivíduos acometidos pela doença. Devido à natureza progressiva da doença é provável que a maioria destes pacientes venha necessitar de insulina durante o curso de tratamento.

As formas mais frequentes de diabetes são o diabetes tipo 1 e o diabetes tipo 2 e os termos “dependente de insulina” e “não dependente de insulina” anteriormente atribuída respectivamente aos dois tipos de diabetes foram eliminados. O diabetes tipo 2 é mais comum do que o tipo 1, perfazendo cerca de 90% dos casos de diabetes. A etiologia específica deste tipo de diabetes ainda não está claramente estabelecida como no diabetes tipo 1. Também ao contrário do diabetes tipo 1, a maioria dos pacientes apresenta obesidade. A idade de início do diabetes tipo 2 é variável, embora seja mais frequente após os 40 anos de idade, com pico de incidência ao redor dos 60 anos<sup>8</sup>. A diabetes mellitus tipo 2 (DM2), é uma doença metabólica, caracterizada pela produção insuficiente de insulina e conseqüentemente hiperglicemia, associada a várias complicações oriundas da vascularização periférica insuficiente, o pé diabético, a nefropatia e a cegueira.

A incidência de diabetes tipo 2 aumentou mundialmente, resultando da interação genética e dos fatores de risco determinantes da doença (maior taxa de urbanização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em carboidratos de rápida absorção, mudanças bruscas no estilo de vida, sedentarismo, obesidade e maior sobrevivência do diabético)<sup>9 10</sup>.

O atendimento por meio de consulta de enfermagem (uma das etapas da SAE) ajuda a atingir uma excelência no cuidado, pois suas necessidades são avaliadas continuamente. A implantação da SAE proporciona possibilidade de avaliação crítica do cuidado, facilitando ajustes clínicos e a comunicação multidisciplinar<sup>11 12</sup>.

A unidade Básica de Saúde (UBS) Lopes de Oliveira, em Sorocaba, interior de São Paulo está em fase de implantação da estratégia saúde da família (ESF), deixará de ser uma unidade básica tradicional para transformar-se em uma unidade estratégia saúde da família mista. Sendo muito importante obter tais informações para confirmar a importância da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para melhora da adesão dos pacientes ao tratamento e

consequentemente melhora da saúde destes e desta maneira dar continuidade ao projeto, estendendo-se para as demais equipes.

## **2. Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Este projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar a adesão dos pacientes ao programa saúde do adulto de uma equipe de ESF (equipe laranja) da UBS-Lopes de Oliveira.

### **Objetivos específicos**

Avaliar antes e após implantação da SAE os seguintes itens: a atividade física dos pacientes; a alimentação dos pacientes; o uso de medicação (hipoglicemiantes orais e insulina); índice glicêmico; uso do glicosímetro; a participação em palestras.

### **3. Metodologia**

Participarão deste projeto de pesquisa todos os pacientes com diabetes mellitus da área de abrangência da equipe laranja da ESF Lopes Oliveira, na cidade de Sorocaba/SP. A equipe laranja da ESF Lopes de Oliveira é composta por 5 agentes de saúde, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro e 1 médica. A área é subdividida em 5 micro áreas.

Na primeira consulta de enfermagem do paciente com diabetes mellitus será aplicado o primeiro questionário (anexo1) que abrangerá itens como: 1) assiduidade ao programa saúde do adulto, 2) quais os problemas e dificuldades mais encontradas, 3) conhecimento sobre a doença, 4) como esta sendo sua alimentação, 5) como usa a medicação, 6) se pratica atividade física e o motivo por não praticar e 7) assiduidade nas palestras. Caso o paciente use insulina o questionário abrangerá itens como: 1) como esta usando, 2) armazenando e 3) como usa o glicosímetro. Para todos os pacientes serão realizados exames como glicemia em jejum, colesterol e triglicérides. A coleta de sangue deverá ser realizada no dia seguinte da consulta. Para consulta de enfermagem será criado um instrumento (anexo 2) que abrangerá: 1) anamnese, 2) exame físico, 3) diagnóstico de enfermagem e 4) prescrição de enfermagem. Os pacientes serão acompanhados pelo período de um ano, intervalo de 3 meses entre uma consulta e outra, totalizando quatro consultas no ano.

Na ultima consulta será aplicado o mesmo questionario aplicado na primeira consulta (Anexo 1) para averiguar se houve ou não melhora da adesão do paciente ao programa saúde do adulto, e conseqüentemente melhora do seu quadro clínico. Aproximadamente 30 dias antes de passar pela última consulta, os pacientes serão submetidos novamente aos exames mencionados anteriormente. Assim, pretendemos verificar se houve melhora ou não no quadro clínico dos pacientes ao compararmos os dados pré e pós-implantação.

### **4. Resultados Esperados**

Este projeto de pesquisa pretende demonstrar a importância da implantação do programa Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na melhora da adesão do paciente, e conseqüentemente melhora na sua qualidade de vida e

aumento do vínculo profissional-paciente. A melhora dos seguintes parâmetros está entre os principais resultados esperados: 1) atividade física, 2) alimentação, 3) conhecimento sobre a doença, 4) níveis glicêmicos, e 5) níveis de colesterol e triglicérides.



## 5. Cronograma

Atividades	Período
- Elaboração do Projeto	Janeiro a março 2015
- Estudo da Literatura	Janeiro 2015 a junho 2016
- Coleta de dados	Abril de 2015 a abril de 2016
- Transcrição e análise dos dados	Abril a junho 2016
- Redação do trabalho	Mai e junho 2016
- Entrega do trabalho	Junho 2016

## 6. Referências

1. Alves VH, Souza IEO, Werneck V. Ensaio sobre valores e o processo de enfermagem. *Cogitare enferm.* 2000; 5(2): 58-62.
2. Horta WA. Processo de enfermagem. *Processo de enfermagem.* EPU, 1979.
3. Fernandes WL, Filho JM, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene.* 2012; 1(1).
4. de Enfermagem, Conselho Federal. Resolução COFEN-272/2002, 27 agosto 2002. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2002. Conselho Federal de Enfermagem. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambiente, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução COFEN-358/2009, 15 outubro 2009. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN, 2009.
5. Franco LJ, Rocha JSY. O aumento das hospitalizações por diabetes na região de Ribeirão Preto, SP, no período de 1988-97. *Diabetes Clínica.* 2002; 6(108): 29-35.
6. Mancini MC. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia.* 2001; 45(6): 584-608.
7. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev. Saude Publica.* 2001; 35(1): 88-95.
8. Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJD. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002; 46(1): 16-26.
9. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30–69 yr. *Diabetes care.* 1992; 15(11): 1509-1516.
10. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Epidemiologia: teoria e prática. Guanabara Koogan, 2001.
11. Cartwright A, Woodward A, Wallymahmed M. Introduction of a care pathway for people with type 2 diabetes starting on insulin. *J Diabetes Nurs.* 2006; 10(1):14-8.
12. O'Brien SV, Hardy KJ. Developing and implementing diabetes care pathway. *J Diabetes Nurs.* 2003; 7(2):53-6.

## ANEXO 1

Nome:

Idade:

Sexo:

Etnia:

1. Há quanto tempo sabe que é diabético?
2. Tem diabéticos na família? Quem são?
3. O que vc entende por diabetes?
4. Quais os remédios que você usa e quais são os horários?
5. Você acha que diabetes tem cura?
6. Costuma faltar nas palestras do programa? Por que? Nas orientações com equipe de enfermagem?
7. Costuma faltar nas consultas médicas? Por que?
8. Usa insulina? Se sim, como armazena, quantas unidades usa e quais horários? Faz rodizio dos locais de aplicação de insulina e sabe sua importância?
9. Pratica atividade física? Qual? Que frequência. Caso não realize, por que?
10. Qual o intervalo de alimentação entre as refeições?
11. Escreva como é sua rotina diária de alimentação
12. Usa adoçantes?
13. Sabe o que é hipoglicemia?
14. Quais os sintomas de hipoglicemia? O que faz quando tem os sintomas de hipoglicemia?

15. Costuma ser internado frequentemente? Qual ultima vez? Qual o motivo?

16. Quais sintomas de hiperglicemia?

17. Você tem glicosímetro? Como utiliza?

18. Sabe quais as complicações mais frequentes no diabetes?

19. Tem algum déficit visual? Já fez exames oftalmológicos?

20. Sabe a importância de autoexames dos PES? Já fez alguma vez?

21. Tem problemas sexuais?

22. Tem amputações? Feridas que não cicatrizam? Há outros problemas vasculares? Já foi visto por algum especialista?

## ANEXO 2

### Consulta de Enfermagem Programa Saúde do Adulto – PSA PROJETO PILOTO – UBS LOPES DE OLIVEIRA

#### Identificação:

SIS \_\_\_\_\_ Risco \_\_\_\_\_ PH ( ) PD ( ) PHD ( ) Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão/Escolaridade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

#### Histórico Atual:

Duração conhecida de HAS ou DM: \_\_\_\_\_

Adesão ao tratamento (tempo de tratamento/dificuldades): \_\_\_\_\_

Medicações Utilizadas para o tratamento/ Modo de uso - administração:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Histórico Familiar:

( ) DM ( ) HAS ( ) Dislipidemias ( ) Doença Renal ( ) AVC ( ) Infarto Agudo

#### Outras Doenças ou Sintomas

( ) Doença Cardiovascular (sinais e sintomas):

\_\_\_\_\_

( ) Nefropatia – Tratamento: \_\_\_\_\_ ( ) Retinopatia  
acompanhamento: \_\_\_\_\_

( ) AVC: \_\_\_\_\_

Varizes: \_\_\_\_\_

( ) Apnéia do Sono ( ) Alergias \_\_\_\_\_

( ) Pré - eclâmpsia/ Eclâmpsia ( ) Disfunção Sexual

( )

Outro: \_\_\_\_\_

**Fatores de Riscos Modificáveis Presentes:**

( ) Dislipidemia ( ) Colesterol ( ) Triglicérides  
( ) Sobrepeso e Obesidade ( ) Sedentarismo ( ) Etilismo  
( ) Tabagismo – nº cigarros /dia \_\_\_\_\_ há quanto  
tempo \_\_\_\_\_

**Recreação / Lazer/ Interação:****Alimentação:**

Nº de Refeições Diárias:

Consumo de sal/embutidos /enlatados /caldos:

Bebida Alcoólica (tipo/dose/dia ou semana):

Fritura/Gordura:

Cafeína

Ingestão de Frutas:

Ingestão de Fibras:

Ingestão de Vegetais:

Ingestão de Líquidos (Água/ Sucos/ Chás):

**EXAME FÍSICO GERAL:****Dados Antropométricos:**

Peso \_\_\_\_\_ Kg Altura \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ Cintura \_\_\_\_\_ cm

VALOR / IMC	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Grau de Risco	Tipo de Obesidade
( )	18 a 24,9	Saudável	Ausente
( )	25 a 29,9	Moderado	Sobrepeso
( )	30 a 34,9	Alto	Obesidade I
( )	35 a 39,9	Muito Alto	Obesidade II
( )	40 ou +	Extremo	Obesidade III

VALOR/CINTURA	Perímetro da cintura	Homem	Mulher
( )	Normal	Até 94cm	Até 80cm
( )	Risco Aumentado	>94cm	>80cm
( )	Risco muito aumentado	>102 cm	>88cm

**Sinais Vitais:** PA: \_\_\_\_\_ mmgh      Dextro: \_\_\_\_\_ mg/dl

( ) Consciente em tempo e espaço ( ) Orientado ( ) Palavras desconexas ( ) Outros :

---

Acuidade Visual: ( ) Diminuída ( ) Preservada ( ) Uso de lentes corretivas

Acuidade Auditiva: ( ) Diminuída ( ) Preservada ( ) Uso de aparelho auditivo

Acuidade Gustativa: ( ) Diminuída ( ) Preservada

**Aparelho Respiratório:** FR: \_\_\_\_\_ ipm Ausculta: MV ( ) RA ( )

( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico

( ) Sibilos \_\_\_\_\_ ( ) Roncos \_\_\_\_\_ ( )

Estertores \_\_\_\_\_

( ) Expansão Torácica Normal ( ) Diminuída

Tipo: ( ) torácica ( ) abdominal ( ) tóraco-abdominal

**Aparelho Circulatório :** FC: \_\_\_\_\_ bpm

( ) Rítmico ( ) Arritmico ( ) Cheio ( ) Filiforme ( ) Fraco

**Aparelho Digestório:**

Inspeção da Pele: ( ) Integra ( ) Não

Integra: \_\_\_\_\_

( ) Plano ( ) Globoso ( ) Flácido

Ausculta: RHA + ( ) RHA diminuídos ( ) Ausentes ( )

Percussão: Timpânico ( ) Maciço ( )

Palpação:

---

Eliminações Intestinais: Ritmo / Característica:

---

Eliminações Urinárias/ Frequência:

Assinale a presença (+) ou ausência (-)

	Pedioso	Tibial posterior	Úlcera	Calo/def. óssea	Perda de pêlos/pele atrófica
Direita					
Esquerda					

Indique a presença (+) ou ausência (-) de sensibilidade nas cinco áreas assinaladas, utilizando o monofilamento de 10g



Comentários:

Examinador:

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Profissional \_\_\_\_\_