

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**Acompanhamento de pacientes com diabetes mellitus em uma Unidade
Básica de Saúde da Família em São José do Rio Preto**

MARCIO HENRIQUE ALVES FERREIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal São
Paulo como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção
Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Cássia Regina Vancini Campanharo

**SÃO PAULO
2015**

Sumário

		Página
1	Introdução	3,4,5
1.1	Identificar e apresentar o problema	3,4
1.2	Justificar a intervenção	5
2	Objetivos	6
2.1	Geral	6
2.2	Específicos	6
3	Metodologia	7,8
3.1	Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	7
3.2	Cenário da intervenção	7
3.3	Estratégias e ações	7
3.4	Avaliação e monitoramento	7,8
4	Resultados esperados	8
5	Cronograma	9
6	Referências	10

1 Introdução

1.2 Identificar e apresentar o problema

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam a principal causa de morte nos dias de hoje, com destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), as doenças respiratórias crônicas, a obesidade e as neoplasias¹.

O DM caracteriza-se como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que cursam com hiperglicemia, sendo este resultado de defeitos na secreção ou ação da insulina e em alguns casos, de ambas. O Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) apresenta-se como 5% a 10% dos casos e o resultado da deficiência na secreção de insulina consequência de destruição das células beta do pâncreas².

Essa doença figura entre as quatro principais causas de morte no país, além de ser a principal causa de cegueira adquirida e de estar fortemente associada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores^{1,2}.

A possibilidade do surgimento de tais complicações crônicas é um fato preocupante para os profissionais de saúde que cuidam dos diabéticos, principalmente daqueles cujo comportamento de autocuidado não é incorporado em sua vida diária³.

Na prática assistencial deparamo-nos com o impacto que o DM tem sobre a saúde da população e com a dificuldade de adesão dos seus acometidos aos comportamentos preventivos. Nessa perspectiva, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde engajado na assistência ao diabético, deve programar novas práticas de cuidado capazes de promover a saúde dos diabéticos, já que a adesão ao tratamento e o autocuidado são pontos frágeis da educação em saúde e que, portanto, merecem ser refletidos profundamente⁴.

No município de São José do Rio Preto, as informações clínicas necessárias ao acompanhamento do paciente com DM foram definidas em protocolos específicos e devem ser escritas no prontuário, em cada atendimento, por todos os profissionais da saúde⁵.

Após a confirmação do diagnóstico, os pacientes são classificados de acordo com o uso de insulina ou não. Aqueles que usam insulina deverão passar por consultas a cada dois meses, alternando a atendimento médico e de enfermagem. Os pacientes não insulino-dependentes, primeiramente, são submetidos a uma classificação de risco. Aqueles que não apresentam lesões em órgão alvo são classificados como baixo risco, sendo agendadas consultas médicas a cada seis meses e acompanhamento com enfermagem a cada três meses. Aqueles que apresentam lesões em órgão alvo são classificados como alto risco, sendo programada consulta médica e de enfermagem a cada dois meses⁵.

As consultas contam com medição de glicemia capilar, aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal, peso, altura e cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e todos esses dados são inseridos no DATASUS e E-SUS⁵.

Nos atendimentos dos pacientes são solicitados alguns exames como determina o protocolo; glicemia em jejum, hemoglobina glicosilada, creatinina, urina tipo 1, microalbuminúrica, seja realizados a cada seis meses; os exames avaliam o perfil lipídico (colesterol total e frações e triglicérides) devem ser realizados anualmente ou a cada seis meses, quando há alteração. Havendo alteração no exame de microalbuminúrica, é preconizado que se realize o exame de proteinúria semestral. Para os pacientes que usam insulina, a dosagem de hemoglobina glicosilada de ser realizada trimestralmente, se os valores indicarem alterados⁵.

O protocolo também orienta acompanhamento anual do fundo de olho. Pode se encaminhar esses pacientes ao cardiologista, nefrologista e neurologista de acordo com a necessidade⁵.

Todos os pacientes possuem seus prontuários, um documento legal que consta de toda a história do paciente durante a permanência do paciente no hospital ou unidade básica de saúde (UBS). Suas finalidades principais são de comunicação entre profissionais, pesquisa, auditoria e contabilidade. Esse prontuário mostra todos os procedimentos, evolução, anotações utilizadas durante a permanência do paciente no hospital ou clínica. O fechamento desse documento só é feito quando o paciente não precisa de observação hospitalar (alta hospitalar), em caso de fuga do paciente (alta por evasão), falecimento do

paciente (alta por óbito) e pedido da família (alta a pedido). A alta só pode ser expedida pelo médico⁶.

O prontuário do paciente é definido pelo conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1.638/2002, “como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.A palavra prontuário origina-se do latim *prontuarium*, que significa lugar em que se guardam ou depositam coisas que devem estar à mão, de que se pode precisar a qualquer momento. Outras definições, tais como: manual de informações e indicações úteis, ficha com dados de uma pessoa ou lugar em que se guarda aquilo que poderá ser necessário. Desta forma, o prontuário, não é apenas o registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados, assim como aos documentos pertinentes a essa assistência⁶.

1.2 Justificar a intervenção

O prontuário dos pacientes tem um papel muito importante para definir estratégias, assim todo profissional da área da saúde tem como o dever da atribuição da anotação de informações desses pacientes para que possa ser realizada uma assistência e diferentes níveis e garantir a continuidade e a integralidade diversos aspectos, sendo o mais importante garantir a continuidade do tratamento e através dessa ferramenta pretende-se averiguar como o acompanhamento desses pacientes estão sendo realizados e se seguem os critérios da secretaria da Saúde de São Jose do Rio Preto 2015.

2 Objetivos

2.1 Geral

Analisar os fatores associados a um controle e acompanhamento inadequado dos diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família no distrito de Talhado.

2.2 Específicos

Verificar se os pacientes diabéticos receberam seus diagnósticos e tratamentos segundo critérios estabelecidos pela Secretaria da Saúde do Município de São Jose do Rio Preto.

Apresentar fatores que leva aos pacientes não aderirem aos seus tratamentos

Reconhecer se os pacientes com diabetes melitus recebem a devida assistência das especialidades medicas.

3 Metodologia

3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus independente do tempo e idade de diagnóstico da enfermidade.

3.2 Cenário da intervenção

O distrito escola é composto pelos distritos V: UBSF Talhado (1 ESF e 1 ESB), UBSF Residencial Rio Preto I (2 ESF e 1 ESB), UBSF São Deocleciano (02 ESF e 01 ESB). No qual o estudo será realizado na UBSF de Talhado a população estimada da região é de aproximadamente 2700 habitantes, porém com a implantação dos novos bairros chamados Lealdade 1 e 2 e Amizade 1 e 2 a população que é aproximadamente de 10.000 habitantes já que não houve estatísticas exatas devido que os bairros serão novos menos de 10 meses e nem toda a população não está cadastrada se totaliza uma população de aproximadamente de 12.700 habitantes, 5,1% da população do município de São José do Rio Preto.

3.3 Estratégias de ações

As informações dos pacientes serão obtidas a partir dos prontuários e coletadas aleatoriamente. As amostras do percentual de diabéticos serão coletadas dos registrados pelo Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde.

3.4 Avaliação e monitoramento

Será elaborado um formulário caracterizando segundo sexo, faixa etária, uso de insulina, fator de risco, uso de medicamentos e tempo de doença, pacientes encaminhados para especialistas como; nefrologista, cardiologia, endocrinologia, oftalmologia, vascular, neurologia e sem informações, exames solicitados como; Glicemia em jejum, Colesterol Total e suas frações, Triglicérides, Creatinina, Proteinúria, Urina tipo 1, Microalbuminúria e Hemoglobina glicosilada, para a montagem de gráficos para obter resultados utilizando porcentagens.

4 Resultados esperados

Pelo numero de prontuários verificados ao todos 50 em meio de quase 4 mil, se observou que a maioria são mulheres e a faixa etária predominante são dos idosos. Os insulinos-depedentes são em menor numero enquanto os insulinos não-dependentes. Quanto os fatores de risco os paciente idosos com excesso de peso estão mais presentes. Podemos analisar que a grande maioria dos pacientes diagnosticados e tratados pelos profissionais da saúde não cumpre com os critérios da secretaria da saúde de são Jose de Rio Preto, ate mesmo pela grande maioria das vezes a falta de recurso já que para seguir tal critério a um demanda muito elevada e a própria unidade não suporta tal demanda. Tendo vista que paciente tem que esperar por 3 meses para a realização de um exame laboratorial.

Sobre medicação a grande maioria faz uso de medicamentos orais, e que maior parte faz uso combinado com outras patologias como, por exemplo; Hipertensão Arterial e Dislipidemia mista e Insuficiência Cardíaca etc. A especialidade com o maior numera de encaminhamento trata-se de oftalmologia, os demais se observa que e bem menor e que um numero importante de pacientes nunca foram encaminhados para nenhum especialista ou que não estava registrado.

5 Cronograma

Atividade	2015				
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.
Delimitar a pergunta de pesquisa	12-30				
Redação da introdução e dos objetivos		03-05			
Redação do método			10-22		
Leitura e aprovação da versão final pelo orientador				01-06	
Entrega do TCC					27

7 Referências

1. *Cadernos de Atenção Básica*. (2013). Acesso em 21 de janeiro de 2015, disponível em Diabetes mellitus: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf
2. Diabetes mellitus. (2013). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Sao Paulo, SP, Brasil.
3. XavierI, A. T., BittarII, D. B., & AtaídeIII, M. B. (2009). Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. *Beliefs in diabetics self-care - implications for practice*. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Acesso em 2015, disponível em scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100015&lng=pt&nrm=iso
4. Ataíde. Estratégia no autocuidado e Diabetes. *Estratégia de Engajamento no Autocuidado e Diabetes*. Universidade Federal do Ceara, Fortaleza.
5. Secretaria da Saude de Sao Jose do Rio Preto. (2012). *Saude do adulto e Idoso*. Acesso em 21 de fevereiro de 2015, disponível em http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/mategraf/prof_enfer_saud_adult_idos.pdf
6. HOTA, V. (2005). *Processo de enfermagem 15ª edição*. Sao Paulo: latria.