REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE COIMBRA | usf mondego

usf mondego
unidade de saúde familiar

Manual de Boas Práticas

DIABETES

Índice

Abreviaturas 2

Introdução 3

- Destinatários 3
- Objetivos 3
- Suporte normativo 3
- Reflexão ética 3

Algoritmo de atuação 4

Operacionalização das práticas 7

- Competências por grupo profissional 7
- Registos 7
- Recursos necessários 17

Bibliografia 17

Anexos 19

Abreviaturas

CSP – Cuidados de saúde primários

CV – Cardiovascular

CH – Cuidados Hospitalares

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EF – Enfermeiro de Família

HgA1C – Hemoglobina glicada

IMC – Índice de Massa Corporal

MF – Médico de Família

PAI - Processo Assistencial Integrado

PNV – Plano Nacional de Vacinação

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente Manual constitui um resumo de uma análise multidisciplinar, integral e integrada dos processos e intervenções referentes à consulta de vigilância de diabetes. Pretende traduzir e espelhar uma atividade assistencial assente em boas práticas: baseada na melhor evidência científica, adotando decisões orientadas pela custo-efetividade e respeitando a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis.

Destinatários

Este Manual destina-se aos profissionais de saúde da USF envolvidos nas consultas de vigilância de Diabetes.

Objetivos

São objetivos principais deste documento:

- Uniformizar as boas práticas (de atendimento, vigilância e de registo) na consulta de diabetes.
- Promover a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade aos utentes com diagnóstico de *Diabetes* inscritos na USF Mondego.
- Contribuir para a melhoria da comunicação e cooperação entre os profissionais de saúde, no sentido de evitar intervenções episódicas, não interligadas, e consequente desperdício de tempo e de recursos.

Reflexão ética

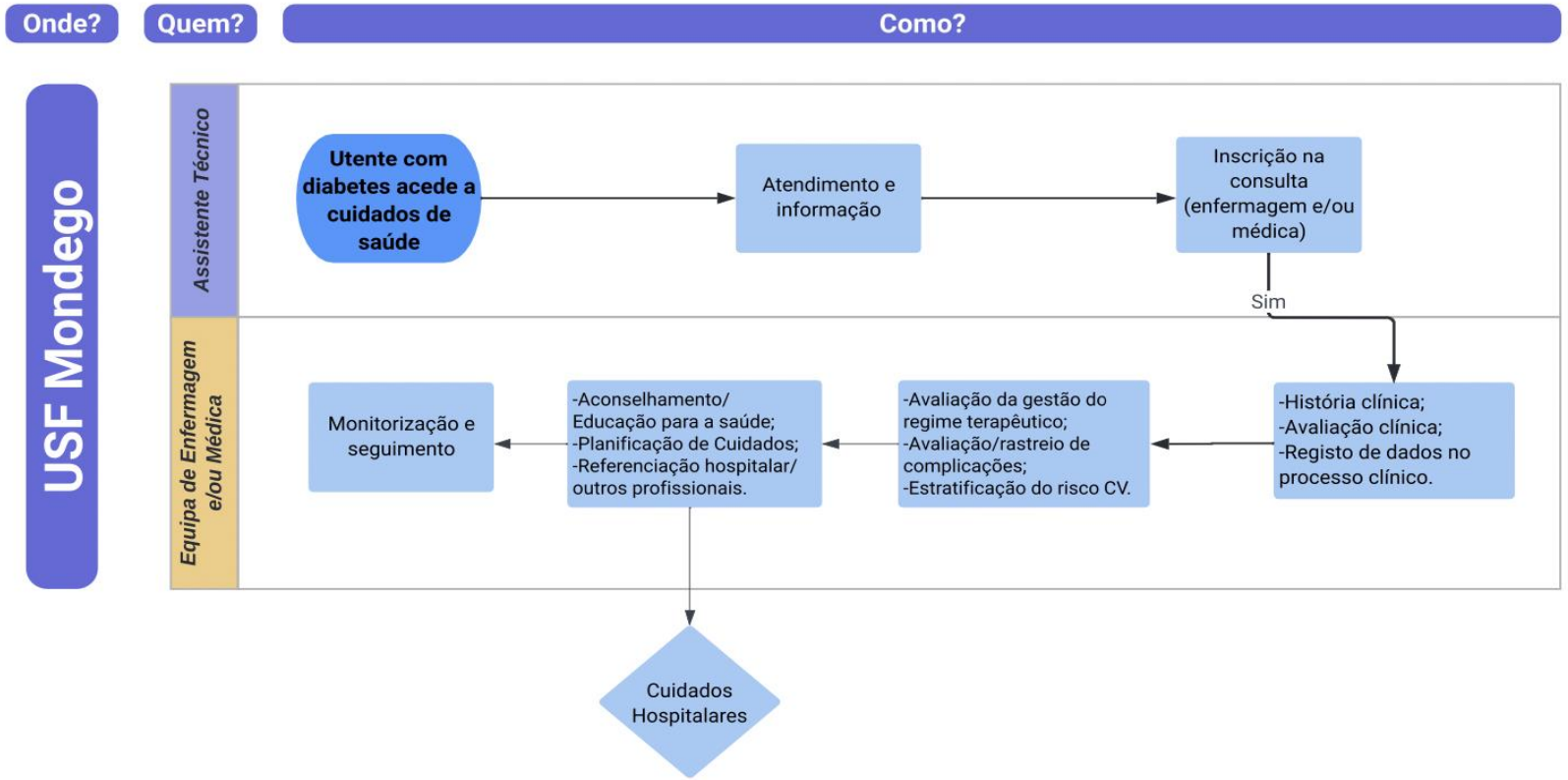
Este Manual encontra-se em consonância com os princípios estratégicos e indicadores constantes no Programa Nacional para a Diabetes, bem como nas normas da DGS e *guidelines* internacionais emitidas no âmbito do mesmo programa.

Centra-se no circuito do utente com DM na Unidade de Saúde, com enfoque nos fatores que podem influenciar a qualidade dos cuidados prestados,

nomeadamente os aspetos relacionados com os registos (médicos e de enfermagem) e os papéis e competências atribuídas a cada grupo profissional. Não pretende, ainda assim, assumir-se como uma ferramenta de trabalho rígida, mas antes como um instrumento orientador, com potencial de adaptação, às diferentes circunstâncias e recursos disponíveis, e de constante e contínuo aperfeiçoamento.

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE · SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE · UNIDADE LOCAL DE SAÚDE COIMBRA · usf mondego			VERSÃO V3
DIABETES			
ELABORADO POR	ANTÓNIO COSTA E SILVA; CRISTINA SERRA; VÍTOR FERREIRA; SUSANA JORGE; ROSA FERREIRA	ANO DE ELABORAÇÃO	2018
REVISTO POR	MARIANA MENDONÇA; SUSANA JORGE	ANO DE REVISÃO	2024
		PRÓXIMA REVISÃO	2026

CIRCUITO DO DOENTE COM DIABETES NA USF MONDEGO



Operacionalização das práticas

Competências por grupo profissional

Na USF Mondego as consultas de Diabetes funcionam no horário destinado a essa atividade, mediante agendamento prévio para a respetiva equipa de família constituída pelo enfermeiro de família (EF) e médico de família (MF). Este horário de atendimento é variável, segundo o horário definido para cada equipa. Desta forma, a Assistente Técnica, perante um(a) utente que se dirija à USF Mondego para realizar a consulta de Diabetes previamente marcada, deve efetivar a consulta para o EF e MF através do SClínico®. No dia da consulta, o(a) utente, após o contacto administrativo no secretariado, dirige-se para a consulta de enfermagem, que é realizada geralmente antes da consulta médica, e tem a duração de 20 minutos; o(a) utente é posteriormente encaminhado para a consulta médica que tem uma duração de 30 minutos. Após a consulta médica, o utente dirige-se ao secretariado clínico, se necessário.

No âmbito do programa de vigilância da Diabetes, e indo de encontro às orientações da DGS, durante o ano civil são programadas pelo menos 2 consultas de vigilância médica, sempre precedidas por consulta de enfermagem. Contudo, a periodicidade das consultas deve ser ajustada ao grau de controlo metabólico de cada utente, sendo que os diabéticos mal controlados ou submetidos a ajustes terapêuticos devem ser vigiados a intervalos de tempo mais reduzidos, com pelo menos 3 consultas de vigilância médica por ano.

A marcação das consultas de Diabetes deve ser realizada, de forma pró-ativa, pela equipa de família ou pelo(a) utente.

DIABETES			
ELABORADO POR	ANTÓNIO COSTA E SILVA; CRISTINA SERRA; VÍTOR FERREIRA; SUSANA JORGE; ROSA FERREIRA	ANO DE ELABORAÇÃO	2018
REVISTO POR	MARIANA MENDONÇA; SUSANA JORGE	ANO DE REVISÃO	2024
		PRÓXIMA REVISÃO	2026

Assistente Técnico	
Competências	**Descrição**
Receção e informação aos utentes	- Validação do código de diabetes no RNU e atualização no SClínico. - O utente com diabetes (ou o seu familiar/cuidador) é devidamente identificado no momento da inscrição para a consulta, garantindo privacidade. - O utente com diabetes (ou o seu familiar/cuidador) é atendido de forma correta e recebe todas as informações ou esclarecimentos de que necessita/ solicita.
Confirmação da consulta e Validação de dados	- É realizada a confirmação/ativação da consulta médica e de enfermagem. - O registo administrativo é realizado de forma completa e é devidamente atualizado na base de dados do RNU.
Marcação de consultas	- Marcação de consultas de forma presencial, por e-mail ou telefonicamente se solicitado pelo utente/cuidador de acordo com o procedimento nº 23. - O utente com diabetes é devidamente informado sobre as várias modalidades de marcação de consulta (via telefónica, e-mail, através do e-agenda ou presencialmente), quer a marcação seja feita por si ou por terceira pessoa, e quer se trate de consultas a realizar na unidade de saúde ou no seu domicílio.
Convocatória de utentes	- É realizada a convocatória de utentes, de acordo com o plano definido pela equipa multidisciplinar e indo de encontro às orientações da DGS relativamente à

	vigilância da diabetes e das *guidelines* internacionais. - Remarcação e aviso aos utentes que faltaram em cada semestre.
Informação adicional após conclusão da consulta	- São prestadas informações acerca dos locais de realização de ECD se solicitado pelo utente/cuidador/familiar.

Equipa de Enfermagem	
Competências	**Descrição**
Avaliação e registo dos parâmetros biométricos e HbA1c	- Avaliação e registo da altura, peso/IMC, perímetro abdominal, tensão arterial e HbA1c. - Monitorização do controlo metabólico.
Educação terapêutica	Educação para a saúde à pessoa com diabetes: - Promoção da autonomia e responsabilização no tratamento; -Tratamento não farmacológico: intervenção nos estilos de vida, prescrição de alimentação saudável, informação sobre atividade física adaptada às características individuais; -Promoção da moderação na ingestão de álcool e cessação tabágica; - Autovigilância e autocontrolo: início da autovigilância e autocontrolo sempre que possível em função dos objetivos do controlo metabólico e da monitorização clínica; - Se insulinotratados, decisão individualizada sobre o tipo e o modelo de glicómetro e respetivas tiras de glicémia, bem como do perfil glicémico a pesquisar; - Negociação com o utente com diabetes acerca dos objetivos

	terapêuticos a definir para a próxima consulta de vigilância.
Rastreio das complicações crónicas da Diabetes	- Realização (no mínimo anualmente) do exame clínico do pé e sua classificação. Inspeção periódica do calçado e meias. Cuidados de podologia. - Identificação dos diabéticos com complicações e limitações: número de diabéticos acamados, amputados e com diminuição da acuidade visual/cegueira, e dos utentes diabéticos em diálise.
Atualização das vacinas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação	- Administração da vacina Td, quando indicado. - Sensibilização para a vacinação anual contra a gripe, tendo em conta que os diabéticos são um grupo alvo prioritário e identificação de quem é vacinado. -Sensibilização para a vacinação antipneumocócica, quando indicado.
Cumprimento da periodicidade das consultas, de acordo com a DGS	- Participação na convocatória dos diabéticos que faltaram à consulta de acordo com o plano de monitorização clínica definido pela equipa multidisciplinar.

Equipa Médica	
Competências	**Descrição**
Consulta à pessoa com DM2	- Aquando do diagnóstico, procede-se à explicação do plano de vigilância da diabetes, seus objetivos e componentes, bem como, o circuito do utente diabético na USF. - Análise das queixas do diabético, intercorrências (registo no S do SOAP) e os registos de autovigilância

	(glicémias e tensão arterial) trazidos pelos utentes (registo no O do SOAP). - Realização do exame médico parcial ao utente com diabetes (registo no O do SOAP).
Registos no processo clínico	- Análise e registo dos parâmetros biométricos (altura, peso/IMC, perímetro abdominal e tensão arterial), avaliados e registados pela equipa de enfermagem (registo no O do SOAP). - Avaliação e registo de todas as situações clínicas detetadas conforme as boas práticas clínicas, nomeadamente intervenções cirúrgicas, internamentos, tratamentos hospitalares, resultados da avaliação oftalmológica e informação clínica de retorno (registo no S do SOAP). - Registo dos ECD no processo clínico (campo Resultados do SOAP), nomeadamente a HbA1c.
Classificação e registo do tipo de diabetes	-Classificação e registo do diagnóstico de diabetes segundo o ICPC-2 “T89 – Diabetes insulinodependente” ou “T90 – Diabetes não insulinodependente (diagnóstico ativo na lista de problemas, com a data do diagnóstico) (registo no A do SOAP). -Emissão de informação ao assistente técnico relativamente ao utente com diagnóstico de diabetes para que este proceda ao seu registo no RNU.
Avaliação do risco cardiovascular	-Estratificação do risco cardiovascular global em “alto” ou “muito alto” consoante a coexistência ou não de outros fatores de risco cardiovascular, na ficha do programa de Diabetes
Gestão integrada de fatores de risco cardiovascular	-Avaliação, registo e monitorização de fatores de risco cardiovascular e

	cumprimento de objetivos adequados para os utentes diabéticos.
Educação terapêutica	-Incentivo acerca de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente prática de atividade física regular, padrões alimentares adequados, abandono do consumo de tabaco e da ingestão excessiva de álcool.
Plano Nacional de Vacinação	-Verificação do cumprimento do PNV e de outras vacinas. -Definição clínica da indicação para vacinação antipneumocócica.
Tratamento farmacológico e informação /formação sobre o uso seguro dos medicamentos	-Definição dos objetivos terapêuticos individualizados em termos de controlo glicémico. -Instituição de tratamento farmacológico sempre que indicado, após a avaliação da implementação e resultado das medidas de modificação de estilos de vida. -Iniciação da terapêutica com metformina em monoterapia, desde que não haja contraindicações ou intolerância. - Posteriormente, associação de outros antidiabéticos orais se os objetivos terapêuticos não forem atingidos. -Ponderar a introdução de insulinoterapia se mau controlo glicémico sob antidiabéticos orais. -Aquando da instituição da terapêutica ter em conta a efetividade terapêutica no controlo da glicémia, as suas eventuais complicações, o seu perfil de segurança, a tolerabilidade, a facilidade de administração e os custos do tratamento. -Informação clara e adequada acerca do uso seguro dos medicamentos prescritos, eventuais efeitos

	secundários, conservação, administração e horários das tomas, esclarecendo todas as dúvidas ou questões solicitadas. -Disponibilização de um guia de terapêutica crónica atualizado.
Rastreio das complicações crónicas da Diabetes (nefropatia, retinopatia e pé diabético)	-Referenciação anual para consulta de Oftalmologia (via RSE SIGA). -Colaboração com equipa de enfermagem no exame clínico do pé sempre que necessário. -Avaliação anual da albuminúria em amostra de urina ocasional e da função renal, pela estimativa do valor da TFG.
Continuidade de cuidados relativos ao plano de monitorização clínica	- Marcação das faltas e agendamento, em colaboração com o assistente técnico, sempre que necessário, da data da próxima consulta de acordo com o plano de monitorização clínica definido pela equipa multidisciplinar. - Averiguação periódica da lista de utentes não cumpridores de forma a agilizar a convocatória dos mesmos. - Transmissão adequada de informação clínica aos profissionais dos CSP ou a outro nível de cuidados, de modo a garantir a continuidade assistencial.
Referenciação a Recursos Partilhados da ULS Coimbra	- Referenciação para os diferentes profissionais disponibilizados, nomeadamente nutricionista e assistente social, sempre que indicado, por referenciação interna via SClínico® (registo no P do SOAP).
Referenciação Cuidados Hospitalares	- Referenciação para Oftalmologia, Nefrologia, Endocrinologia, Medicina Interna, Consulta de Pé Diabético, entre outros, sempre que indicado (registo no P do SOAP).

Registos

Consulta de Enfermagem

Parâmetros biométricos a registar na consulta (tabela existente no ícone do Programa da Diabetes)

- Altura corporal
- HbA1c
- Índice de massa corporal (IMC) (automaticamente no quadro após registo do peso)
- Albuminúria (uma vez/ano)
- Perímetro abdominal
- Peso corporal
- Risco do pé diabético (se baixo risco > avaliação anual; se médio risco - avaliação semestral; se alto risco - avaliação trimestral)
- Tensão arterial
- Objetivos terapêuticos

Gestão do regime terapêutico

- Ensinar sobre a gestão do regime terapêutico;
- Ensinar sobre fisiopatologia da doença;
- Ensinar sobre hábitos alimentares;
- Ensinar e incentivar à prática de atividade física;
- Promover a adaptação a novos estilos de vida;
- Ensinar sobre complicações tardias da diabetes;
- Ensinar sobre a importância da vigilância periódica dos órgãos-alvo;
- Ensinar sobre complicações agudas;
- Ensina sobre tratamento de hipoglicemias;
- Ensinar sobre autovigilância da glicemia capilar (se diabéticos insulinotratados ou para avaliação do perfil glicémico, sempre que se justifique).
- Ensinar sobre autoadministração de insulina.

Prevenção de lesões

- Inspecionar periodicamente os pés dos utentes com diabetes, calçado e meias.

- Estratificar o risco do pé diabético.
- Educar o utente e familiares, quando indicado.
- Ensinar sobre utilização de meias e calçados adequados.
- Ensinar sobre autovigilância e a prevenção de complicações relativas ao pé diabético.
- Entrega de folheto “Cuidados com pé diabético” quando necessário

Consulta Médica

O registo dos parâmetros biométricos é habitualmente realizado na consulta de enfermagem, podendo ocasionalmente haver interesse na repetição da medição dos mesmos durante a consulta médica, para redução de eventuais erros de medição ou vieses (e.g. hipertensão da bata branca). Alguns registos podem ser realizados por enfermeiros ou por médicos, de acordo com a organização de cada equipa, como no caso da avaliação do pé diabético. Assim, os registos médicos incidem essencialmente sobre o registo da história clínica e dos resultados dos exames complementares de diagnóstico, com atenção aos registos necessários para cumprimentos dos indicadores constantes no Bilhete de Identidade dos Indicadores.

Na tabela abaixo descrevem-se os principais registos a efetuar pela equipa médica de acordo como as secções do SOAP.

Campo do SOAP	Registos essenciais
S - SUBJETIVO	• Apesar de não ser mandatório, a utilização dos códigos T30, T31 ou T63 permite enquadrar retrospetivamente a tipologia da consulta. Estes códigos pressupõem, geralmente, uma avaliação presencial do utente – enquanto os códigos T60 e T61, utilizados isoladamente, se utilizam habitualmente em contexto não presencial. • Registar, em campo livre, os sintomas, evolução clínica ou pedidos dos utentes, tanto os de carácter espontâneo como os evocados pelos profissionais de saúde. Sempre que possível complementar os registos com a codificação respetiva do ICPC-2. • Questionar, nos casos apropriados, a presença de sintomas de isquemia, nomeadamente em contexto de esforço. • Avaliar intercorrências desde a última consulta (nomeadamente episódios de hipoglicemia, ou contactos com os serviços de saúde por motivos de vigilância ou doença aguda). • Registar a medicação habitual, bem como a adesão terapêutica. • Averiguar o cumprimento do plano nacional de vacinação, incluindo a vacina antipneumocócica e a vacina da gripe. • Avaliar e registar a frequência e modalidade de atividade física. • Se identificados, deve-se registar a presença de erros alimentares, nomeadamente na confeção dos alimentos; a proporção de alimentos no prato; a repetição das doses; o abuso a nível da fruta ou consumo de bebidas açucaradas ou alcoólicas. • Averiguar e registar sistematicamente os valores de tensão arterial ambulatória.

	• Averiguar e registar sistematicamente os valores de glicemia capilar do diabético insulinotratado. A ausência de registos por parte do utente deve ficar registada. • Verificar a realização de rastreio oftalmológico no último ano, bem como dos outros rastreios aplicáveis à população geral.
O - OBJECTIVO	• Devem ser preenchidos sistematicamente todos os campos de registo do Programa de Diabetes. Para cumprimento dos indicadores, deve existir registo semestral da pressão arterial e anualmente do peso e da avaliação do pé diabético. O registo da altura após os 20 anos de idade deve ser confirmado. • De forma a melhorar a eficiência e inteligibilidade da consulta e dos registos clínicos, aconselha-se a transcrição de alguns registos do programa de diabetes para a secção "O" do SOAP, fazendo duplo clique sobre a área de registo, que fica preenchida a verde. Em relação aos registos biométricos, é especialmente útil transcrever o peso atual, IMC e pressão arterial, avaliando e registando em campo livre se for detetada alteração significativa em relação aos últimos registos. • Os resultados dos ECDs podem igualmente migrar para o "O" do "SOAP", se essa opção for selecionada, sendo útil para os resultados da hemoglobina glicada e colesterol LDL, assim como para os parâmetros analíticos que se encontram alterados. • O exame objetivo do utente deve ser orientado, em primeiro lugar, pelas suas especificidades individuais, e em segundo pelo risco condicionado pela diabetes, com especial atenção ao sistema cardiovascular. Aconselha-se o registo do pulso do utente durante cerca de um minuto, para rastreio de fibrilhação auricular **nas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos** (na presença de arritmia de novo, solicitar estudo urgente por ECG ou Holter). Perante suspeita de doença cardiovascular, reforçar-se a importância da auscultação cardíaca, carotídea e abdominal e a avaliação dos membros inferiores. • A presença de disfunção eréctil, evocada pela história clínica, está fortemente correlacionada com a presença de doença coronária. Habitualmente os

	utentes não se queixam por sua iniciativa, pelo que deve ser ativamente questionado[1]. • Na presença de sintomas ou sinais sugestivos de doença arterial periférica, deve medir-se o IPTB (índice de pressão tornozelo-braço) e ponderar realização de ecografia com doppler dos vasos arteriais dos membros.
A - AVALIAÇÃO	• Ao abrir o programa de Diabetes, o código T90 é inserido automaticamente nesta secção do SOAP, não sendo necessário qualquer registo adicional. • Devem codificar-se os restantes diagnósticos ICPC-2, correspondentes aos problemas / diagnósticos avaliados ou discutidos em consulta. O diagnóstico diferencial e considerações sobre risco ou prognóstico devem ser registados em campo livre.
P - PLANO	• Introduzir sistematicamente os códigos T45 e T58, como tradutores de Educação para a Saúde. Registar em campo livre o plano acordado com o utente no que respeita a alterações de estilo de vida ou alterações na sua autovigilância. • Sempre que possível, e no cumprimento dos indicadores, iniciar terapêutica com metformina e iniciar insulina – em recém-diagnosticados marcadamente sintomáticos e/ou glicemias elevadas (300-350mg/dL) ou HbA1c (>10%). • Registar sistematicamente todas as alterações propostas a nível do plano terapêutico, explicitando o esquema terapêutico, quando aplicável. • Assegurar que o doente apresenta, pelo menos até à data de referência do indicador (término do ano civil), um resultado de: colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos e albuminúria (em amostra de urina); e pelo menos semestralmente, um resultado de hemoglobina glicada.

[1] - De forma a facilitar a abordagem ao utente, sugere-se questionar o utente na sequência de uma breve revisão de aparelhos e sistemas, através da seguinte ordem: órgãos sensoriais, aparelho respiratório, cardiovascular, digestivo, génito-urinário e sexual, músculo-esquelético.

	• Promover a realização anual do rastreio da retinopatia diabética, através da referenciação hospitalar à Oftalmologia ou consulta privada se for manifestada esta preferência. • (Efetuando o pedido de exames ou a referenciação hospitalar, os respetivos códigos ficam inseridos automaticamente, sem prejuízo da utilidade de registos em campo livre) • Promover a atualização do plano nacional de vacinação, incluindo a vacinação anual para gripe e a vacinação antipneumocócica. • Promover a realização dos rastreios de base populacional do cancro do colo do útero nas mulheres entre os 25 e os 60 anos, cancro da mama nas mulheres entre os 50 e os 69 anos, e do cancro coloretal na população entre os 50 e os 74 anos. • Agendar a próxima consulta, de acordo com as necessidades e agenda do utente, garantindo pelo menos uma consulta de vigilância por semestre.

Recursos necessários

- Aplicativos informáticos (RNU; SClínico; RSE SIGA; SIMA Rastreios);
- Computador e impressora;
- Papel;
- Telefone;
- Esfingnomanómetro;
- Balança;
- Fita métrica;
- Estetoscópio;
- Glucómetro;
- Aparelho de ecodoppler (se indicado);
- Kit de avaliação do risco de pé diabético: monofilamento, diapasão de 128 Hz, algodão para avaliação da sensibilidade tátil; martelo de reflexos.

Bibliografia

1. Direção-Geral de Saúde. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, nº 002/2011, de 2011.

2. Direção-Geral de Saúde. Processo Assistencial Integrado na Diabetes Mellitus tipo 2, 2013.

3. Direção-Geral de Saúde. Diagnóstico sistemático do pé diabético, nº 005/2011, de 2011.

4. Direção Geral de Saúde. Organização de cuidados, prevenção e tratamento do pé diabético, 2011

5. Direção-Geral de Saúde. Diagnóstico sistemático de Nefropatia diabética, nº 008/2011, de 2011.

6. Direção-Geral de Saúde. Diagnóstico sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética, nº 006/2011, de 2011.

7. “Standards of Medical Care in Diabetes—2024 Abridged for Primary Care Providers”, Associação Americana de Diabetes, de 2024.

Anexos

Anexo 1 - Indicadores contratualizados na área da Diabetes

Gestão da doença:

- Indcador 36 - Proporção utentes DM com registo de GRT
- Indicador 37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano
- Indicador 39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%
- Indicador 261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé
- Indicador 274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. Adequada
- Indicador 275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.
- Indicador 314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg
- Indicador 315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl
- Indicador 382 - Prop. adultos com DM, com diagnóstico
- Indicador 413 - Prop. DM2 c/ e HbA1c >9%, com insulina