

# Diabetes Mellitus

Manual de Boas Práticas



## Documento de controlo

Versão	Elaboração / revisão	Validação pelo Conselho Técnico	Aprovação em Conselho Geral
1	Brigite Reis	22/08/2022	06/10/2022

## Siglas e Abreviaturas

<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>ADA</b>	American Diabete Association
<b>ARS LVT</b>	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
<b>APDP</b>	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
<b>CCI</b>	Cuidados Continuados integrados
<b>CH</b>	Cuidados hospitalares
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>DAP</b>	Doença Arterial Periférica
<b>DGS</b>	Direção Geral de Saúde
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DM2</b>	Diabetes Mellitus tipo 2
<b>EF</b>	Enfermeiro de Família
<b>ET</b>	Educação Terapêutica
<b>GRT</b>	Gestão do Regime Terapêutico
<b>HbA1c</b>	Hemoglobina Glicosilada
<b>HTA</b>	Hipertensão Arterial
<b>IC</b>	Insuficiência Cardíaca
<b>ICPC-2</b>	International Classification of Primary Care - 2
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>LDL</b>	Low Density Lipoprotein
<b>MCDT</b>	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
<b>MF</b>	Médico de Família
<b>PNV</b>	Plano Nacional de Vacinação
<b>PTGO</b>	Prova de Tolerância à Glucose Oral
<b>RNCCI</b>	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<b>RNU</b>	Registo Nacional de Utentes
<b>SC</b>	Secretariado Clínico
<b>SINUS</b>	Sistema Informação para as Unidades de Saúde
<b>Tfge</b>	Taxa de filtração glomerular estimada
<b>USF</b>	Unidade de Saúde Familiar

## Índice

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>DEFINIÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>EXPECTATIVAS</b> .....	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>DESCRIÇÃO GERAL</b> .....	<b>6</b>
<b>5.</b>	<b>COMPONENTES</b> .....	<b>7</b>
5.1.	PRIMEIRO ATENDIMENTO NA CONSULTA DE DIABETES.....	7
5.1.1.	ATIVIDADES DO SECRETÁRIO CLÍNICO.....	7
5.1.2.	ATIVIDADES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA .....	8
5.1.3.	ATIVIDADES DO MÉDICO DE FAMÍLIA .....	9
5.2.	CONSULTAS DE SEGUIMENTO/VIGILÂNCIA .....	11
5.2.1.	ATIVIDADES DO SECRETÁRIO CLÍNICO.....	11
5.2.2.	ATIVIDADES DO MÉDICO DE FAMÍLIA/ENFERMEIRO DE FAMÍLIA .....	11
5.3.	ATIVIDADES ESPECÍFICAS DO MEDICO DE FAMÍLIA .....	13
5.4.	ATIVIDADES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA .....	14
<b>6.</b>	<b>COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>17</b>
<b>7.</b>	<b>RECURSOS E UNIDADES DE SUPORTE</b> .....	<b>20</b>
<b>8.</b>	<b>INDICADORES</b> .....	<b>21</b>
<b>9.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>22</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica que afeta grande parte da nossa população, sendo um problema individual, familiar e de saúde pública, de grandes proporções. Requer tratamento médico contínuo, acompanhamento, bem como a educação e promoção da saúde no sentido de prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações crónicas e morte. Neste sentido, é importante a intervenção de equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, exigindo uma apropriada comunicação e cooperação, garantindo que o utente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados e efetivos. A equipa multiprofissional procura responder às necessidades e expectativas da pessoa com diabetes, seus familiares e/ou seus cuidadores.

Ao elaborarmos este manual, valorizamos as atividades que de alguma forma podem influenciar a qualidade dos cuidados que prestamos, no sentido de os melhorar.

O objetivo deste manual é descrever o circuito da pessoa com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) na USF Cartaxo Terra Viva.

## 2. DEFINIÇÃO

Conjunto de atividades sequenciais destinadas ao diagnóstico atempado, tratamento integral e monitorização clínica da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), garantindo a responsabilidade de todos os profissionais de saúde e a continuidade assistencial entre todos os níveis de cuidados de saúde: cuidados primários (CSP), cuidados hospitalares (CH) e cuidados continuados integrados (CCI).

Este manual destina-se a todos os utentes com diagnóstico de DM2.

Critérios de saída/exclusão:

- Morte do utente;
- Utente que, de forma mantida e sem medicação dirigida, já não cumpre os critérios de diagnóstico de DM2, exceto os casos em que o diagnóstico de DM2 esteve presente o tempo suficiente para o risco de complicações ser elevado;
- Uteses institucionalizados, residentes no estrangeiro ou outros que estejam impossibilitados de contactar a unidade.

### 3. EXPECTATIVAS

A pessoa com diabetes, os seus familiares e os seus cuidadores, são elementos fundamentais para o desenvolvimento deste manual. Cada pessoa tem as suas próprias expectativas e necessidades, quer seja o utente e seus familiares, quer seja o profissional de saúde que atende a pessoa com diabetes. No entanto a principal expectativa é comum a todos: realizar uma consulta em parceria com todos os elementos envolventes para que o utente possa ter qualidade de vida, sabendo que sempre que surja algum imprevisto tem uma equipa disponível para o ajudar.

### 4. DESCRIÇÃO GERAL

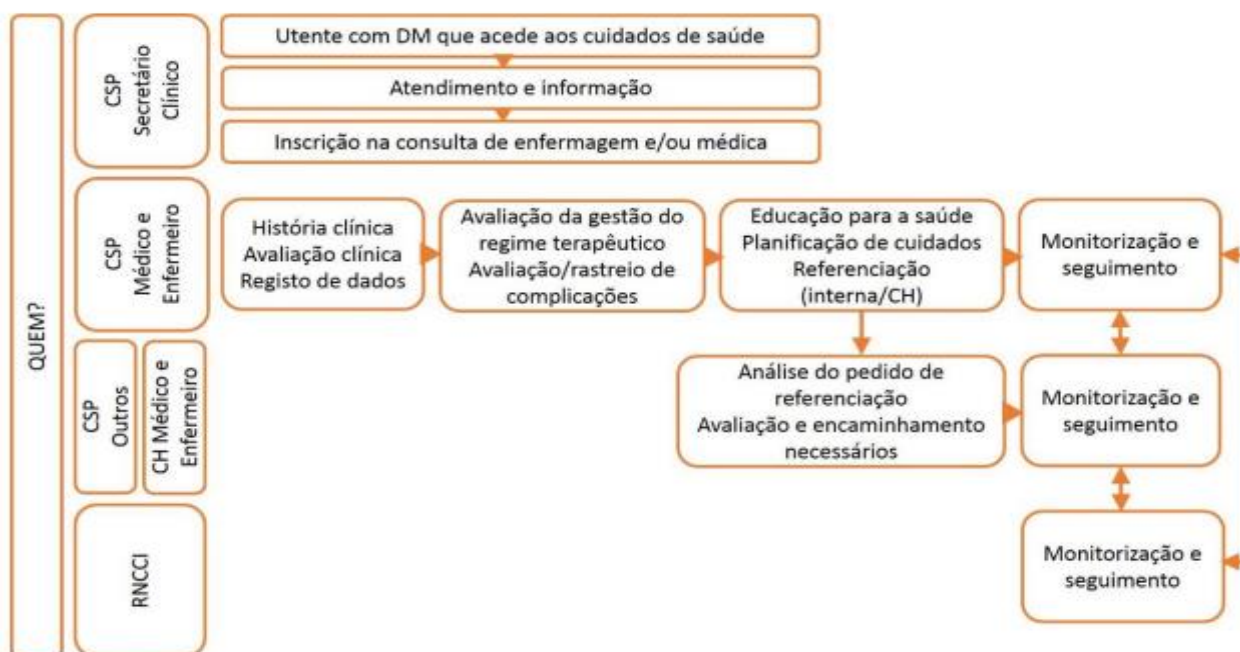


Figura 1: Circuito de cuidados prestados ao utente com DM2

## 5. COMPONENTES

Neste capítulo descrevem-se as atividades a realizar pelos diferentes profissionais de saúde, em cada fase do circuito da pessoa com diabetes ao longo de toda a história da doença, nos cuidados de saúde primários.

### 5.1. PRIMEIRO ATENDIMENTO NA CONSULTA DE DIABETES

#### 5.1.1. ATIVIDADES DO SECRETÁRIO CLÍNICO

Registo:

- ✓ Validação do código de diabetes no RNU (3001) e atualização no SINUS;
- ✓ Entrega do guia do Guia do Diabético ao utente e arquivo do recibo junto com a declaração médica modelo 1407, passado pelo médico para posterior contabilização.

Receção:

- ✓ Identifica inequivocamente a pessoa com DM2 no momento da inscrição para a consulta, e o seu registo administrativo é realizado de forma completa e é devidamente atualizado;
- ✓ A pessoa e/ou o seu familiar/cuidador, é atendida de forma correta e recebe todas as informações ou esclarecimentos de que necessita ou que solicita;

Informação sobre taxas moderadoras:

- ✓ A pessoa com diabetes recebe informação do secretariado clínico sobre os procedimentos relativos a taxas moderadoras, quando aplicável.

Marcação de consultas:

- ✓ A pessoa com diabetes é devidamente informada sobre as várias modalidades de marcação de consulta (via telefone, por email ou presencialmente), quer a marcação seja feita por si ou por terceira pessoa, e quer se trate de consultas a realizar na USF ou no seu domicílio.

### 5.1.2. ATIVIDADES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Registos:

- ✓ Abertura em SClínico do programa *Grupo de risco diabetes*;
- ✓ Selecionar focos de atenção:
  - Gestão do Regime Terapêutico;
  - Metabolismo energético;
  - Autovigilância;
  - Úlcera.

Exame objetivo:

- ✓ Tensão arterial, peso, IMC, perímetro abdominal, glicémia capilar;
- ✓ Exame do pé.

Educação terapêutica:

- ✓ Informa sobre a fisiopatologia da DM2;
- ✓ Ensina sobre a gestão do regime terapêutico (GRT):
  - Intervenção nos estilos de vida;
  - Prescrição de alimentação saudável (fracionada e diversificada, pobre em açúcares);
  - Atividade física adaptada às características individuais, no sentido de alcançar os objetivos de controlo metabólico;
- ✓ Promove a autonomia e a corresponsabilização no tratamento;
- ✓ Promove o envolvimento da família ou do prestador de cuidados;
- ✓ Agenda a próxima consulta de enfermagem.

### 5.1.3. ATIVIDADES DO MÉDICO DE FAMÍLIA

#### **Diagnóstico de DM2:**

Critérios de diagnóstico de acordo com Norma DGS 002/2011 de 14/01/2011.

O diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

- Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl (ou  $\geq 7,0$  mmol/l); ou
- Sintomas clássicos + glicemia ocasional  $\geq 200$  mg/dl (ou  $\geq 11,1$  mmol/l); ou
- Glicemia  $\geq 200$  mg/dl (ou  $\geq 11,1$  mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c)  $\geq 6,5\%$ .

O diagnóstico de diabetes numa pessoa assintomática não deve ser realizado na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas.

O MF deverá comunicar o diagnóstico ao utente, dando informação clara e sucinta sobre a doença.

#### **Classificação e registo:**

- ✓ Classificação da DM conforme Norma DGS nº 002/2011, sendo registada pelo médico de família no processo clínico com o código T90, segundo a ICPC-2;
- ✓ Abrir o programa de Diabetes e preencher os respetivos dados.

#### **Avaliação:**

Deve ser realizada a história clínica, exame objetivo e requisição de MCDT essenciais à avaliação da pessoa com DM2.

- ✓ **História clínica:**
  - Idade e forma de diagnóstico (se no contexto de sintomas ou achado laboratorial);
  - Hábitos alimentares, hábitos de exercício físico, estado nutricional;
  - Hábitos tabágicos, alcoólicos ou outros consumos;

- Comorbilidades (ex.: HTA, obesidade, dislipidemia, IC, depressão, etc...);
- História psicossocial.
  
- ✓ **Exame objetivo:**
  - Tensão arterial, peso, IMC, perímetro abdominal;
  - Auscultação cardiopulmonar;
  - Avaliação dos membros inferiores (detecção de sinais de DAP, neuropatia diabética, etc...);
  - Outros sistemas de acordo com a história e as queixas do utente.
  
- ✓ **Requisição de MCDTs:**
  - De acordo com o plano de cuidados definido para o utente.

#### **Entrega do Guia do Diabético:**

Para a entrega do guia, o MF emite a declaração médica modelo 1407 e entrega ao utente, que por sua vez deve entregar no Secretariado para validação do código no RNU e atualização no SINUS.

#### **Elaboração de plano terapêutico e de seguimento:**

- ✓ Deve ser proposto e discutido com o utente o plano terapêutico adequado e individualizado, bem como o plano de seguimento adequado às necessidades do utente;
- ✓ Deve haver lugar ao esclarecimento de eventuais dúvidas da parte do utente.

#### **Marcação de consulta:**

- ✓ Deve ser realizado a programação e agendamento da próxima consulta médica, no SClínico, de acordo com o plano de seguimento delineado para o utente (marcação de próxima consulta a 6 meses ou antes, consoante a necessidade);
- ✓ A marcação da próxima consulta de enfermagem, no mesmo dia da consulta médica, é realizada automaticamente no SClínico, através da consulta conexa.

## 5.2. CONSULTAS DE SEGUIMENTO/VIGILÂNCIA

### 5.2.1. ATIVIDADES DO SECRETÁRIO CLÍNICO

Marcação de consulta:

- ✓ A marcação de consulta subsequente deve ser idealmente realizada no término da consulta anterior, consoante plano de acompanhamento definido para o utente; todavia, em algumas situações, pode haver necessidade de marcação de consultas médica e/ou de enfermagem de acordo com o solicitado pelos outros profissionais ou pelo utente;
- ✓ Contacta os utentes com diabetes que faltaram as consultas programadas para reagendamento, que são periodicamente identificados e remarcados de acordo com o funcionamento de cada microequipa.

### 5.2.2. ATIVIDADES DO MÉDICO DE FAMÍLIA/ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

#### **Garantir a continuidade de cuidados:**

À pessoa com DM2 anteriormente diagnosticada é garantida:

- A continuidade de cuidados relativos ao seu plano de monitorização clínica e educação terapêutica;
- A transmissão adequada de informação clínica aos profissionais de saúde dos CSP ou de outro nível de cuidados, de modo a assegurar a continuidade assistencial.

#### **Avaliação e registos:**

- ✓ **Exame objetivo**
  - Tensão arterial, peso, IMC, perímetro abdominal, glicémia capilar;
  - Exame do pé;
  - De acordo com o plano de cuidados definido para o utente.

**✓ Requisição de MCDTs**

- De acordo com o plano de cuidados definido para o utente.

Tanto na consulta médica como na consulta de enfermagem, toda a informação recolhida assim como os resultados dos MCDT, são registados no SClínico respetivo, de forma correta e completa.

**Rastreio de complicações:**

O MF e EF, com apoio da restante equipa multidisciplinar, a trabalhar de forma coordenada, promovem, colaboram e realizam o rastreio anual das complicações crónicas adiante discriminadas.

- ✓ **Rastreio de retinopatia diabética** - Realizado em parceria com a APDP, anualmente, segundo articulação com a ARSLVT;
- ✓ **Rastreio do pé diabético** – Todas as pessoas com diabetes são avaliadas anualmente com o objectivo de serem identificados factores de risco condicionantes de lesões dos pés.

O exame do pé das pessoas com diabetes obriga:

- à identificação de factores de risco condicionantes de lesões dos pés;
- à identificação de sinais de neuropatia e/ou isquemia;
- à inspecção de calçado e meias.

O exame do pé das pessoas com diabetes obriga à seguinte estratificação do seu risco de ulceração:

- baixo risco (ausência de factores de risco), que mantém vigilância anual pela equipa do pé diabético de nível I;
- médio risco (presença de neuropatia), que mantém vigilância semestral pela equipa do pé diabético de nível I ou eventualmente de nível II;
- alto risco (existência de isquemia ou neuropatia com deformidades do pé ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia), que mantém vigilância cada 1 a 3 meses, pela equipa do pé diabético de nível II ou eventualmente de nível III.

- ✓ **Rastreio da nefropatia diabética** – A ADA recomenda uma avaliação anual da albuminúria e da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe), em todas as pessoas com diabetes tipo 2.

**Promoção da vacinação:**

- ✓ Recomendar a atualização do PNV, vacinação anti-pneumocócica e anti-gripal quando indicado.

**Periodicidade das consultas:**

- ✓ No caso de bom controlo metabólico, o utente DM2 deverá ter uma consulta a cada 6 meses;
- ✓ No caso de mau controlo metabólico ou presença de alterações, a periodicidade das consultas deve ser individualizada e ajustada consoante as necessidades.

**Agendamento de consultas:**

- ✓ O agendamento das consultas de seguimento deve ser efetuado pelo MF ou EF no fim de cada consulta.

**Referenciação externa:**

- ✓ Rastreio de retinopatia diabética – O utente deve ser referenciado na 1ª consulta de DM;
- ✓ Os utentes DM2 deverão ser referenciados a acompanhamento hospitalar quando, no decurso do seu seguimento, se verificar a existência de lesões de órgão-alvo ou complicações que configurem essa necessidade.

### 5.3. ATIVIDADES ESPECÍFICAS DO MEDICO DE FAMÍLIA

**Avaliação do Risco Cardiovascular**

- ✓ De acordo com a Norma da DGS nº 005/2013 de 19/03/2013 – Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), os utentes diabéticos são classificados como tendo risco cardiovascular alto ou muito alto.

**Controlo de Fatores de Risco**

- ✓ Estas recomendações não são consensuais, variando de acordo com a organização científica e as normas de orientação clínicas vigentes. De uma forma geral devemos ter atenção ao controlo do peso, nutrição e atividade física.

**Elaboração do plano terapêutico e de acompanhamento**

- ✓ Para cada pessoa com DM2 deve ser delineado o plano terapêutico farmacológico e não farmacológico mais adequado às suas necessidades, individualizado consoante o contexto holístico daquele utente em particular (idade, estilo de vida, tempo de evolução da doença, presença de fatores de risco, presença de comorbilidades, presença de complicações, expectativas do utente, apoio familiar/cuidador);
- ✓ Também a periodicidade das consultas e a necessidade de referência a consulta de acompanhamento hospitalar deve ser individualizada consoante as características e necessidades do utente.

**5.4. ATIVIDADES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA****Gestão do regime terapêutico**

- ✓ Ensina sobre a gestão do regime terapêutico;
- ✓ Ensina sobre fisiopatologia da doença;
- ✓ Ensina sobre hábitos alimentares;
- ✓ Ensina sobre hábitos de atividade física;
- ✓ Incentiva a atividade física;
- ✓ Ensina sobre a medicação (antidiabéticos orais e insulina, ação/objetivos);
- ✓ Ensina sobre complicações tardias da DM2;
- ✓ Ensina sobre a importância da vigilância periódica dos órgãos alvo;
- ✓ Ensina sobre complicações agudas (sinais e sintomas de hipoglicémia e de hiperglicémia);
- ✓ Ensina sobre tratamento da hipoglicémia;
- ✓ Promove a adaptação a novos estilos de vida.

**Auto-vigilância da glicemia capilar**

- ✓ Ensina sobre autovigilância da glicemia capilar nas seguintes situações:
  - Diabéticos em terapia com insulina;
  - Avaliação do perfil glicêmico, durante uma semana antes da consulta, sempre que se justifique.

**Auto-administração de insulina**

- ✓ Desmistifica o tratamento com insulina;
- ✓ Informa sobre insulina;
- ✓ Ensina/instrui/treina técnica de autoadministração de insulina;
- ✓ Ensina sobre a rotação dos locais de administração;
- ✓ Ensina sobre prevenção de complicações;
- ✓ Ensina sobre condições de armazenamento e transporte de insulina;
- ✓ Elogia a aprendizagem de habilidades;
- ✓ Fornece esquema de alteração de dosagem, caso necessário.

**Monitorização do risco do pé diabético**

- ✓ As pessoas com diabetes são avaliadas com o objetivo de serem identificados fatores de risco condicionantes de lesões dos pés.
- ✓ O exame clínico dos pés das pessoas com diabetes determina a sua classificação numa das seguintes categorias:
  - Baixo risco – avaliação anual;
  - Médio risco – avaliação semestral;
  - Alto risco – avaliação trimestral.

## Prevenção de lesões

- ✓ O Enfermeiro de Família assegura:
  - Inspeção periódica dos pés das pessoas com diabetes, bem como de calçado e meias;
  - Estratificação do risco de ulceração;
  - Educação das pessoas com diabetes e dos familiares;
  - Utilização de meias e calçado adequados.

## Tratamento

- ✓ Ensinar/instruir/treinar sobre autovigilância dos pés;
- ✓ Ensinar sobre relação entre autovigilância e a prevenção de complicações.

## Referenciação

- ✓ No tratamento de lesões não ulceradas e ulceradas, o Enfermeiro atua segundo a Orientação da DGS, no âmbito do seu nível de cuidados;
- ✓ As pessoas que necessitam de cuidados diferenciados, são orientadas para o Médico de Família que, posteriormente, as referencia pelo sistema CTH – Consulta a Tempo e Horas (ALERT P1), para consulta hospitalar.

## Educação terapêutica

- ✓ Toda a informação de retorno proveniente de outro nível de cuidados ao pé diabético, respeitante a consultas e tratamentos, é devidamente registada no processo clínico e garantida a sua adequada monitorização;
- ✓ Durante o processo de educação terapêutica é assegurada pela equipa multidisciplinar, com clareza e adequação, a informação relativa ao estado de saúde dos seus pés, e a educação terapêutica (ET) apropriada, promovendo-se ativamente a sua colaboração;
- ✓ O Enfermeiro de Família assegura uma participação pró-ativa na identificação dos fatores de risco condicionantes de lesões dos pés e, nomeadamente, na convocação no caso das pessoas que faltaram.

## 6. COMPETÊNCIAS

A capacidade de integrar os conhecimentos associados às boas práticas da profissão na sua prática diária e na resolução de problemas é a competência do profissional de saúde.

No Quadro 1 são resumidas essas competências relativas a equipa multiprofissional, de acordo com os vários grupos de atividades e focadas nos resultados esperados.

Quadro 1 – Competências na consulta de Diabetes

Competência 1- informação ao cidadão	Evidências Específicas Informação	MF	EF	SC
O profissional de saúde proporciona a informação necessária para promover a participação e decisão da pessoa com DM2, incluindo a família/ cuidador, permitindo-lhe que exerça os seus direitos.	Informação clara e precisa fornecida à pessoa com DM2 (família/cuidador).	✓	✓	✓
	Registo adequado no processo clínico/individual das informações e orientações prestadas à pessoa com DM2.	✓	✓	
Competência 2- Educação terapêutica, Educação para Saúde, aconselhamento e medidas de prevenção	Evidências específicas Educação para a Saúde- PAI DM2.	MF	EF	SC
O profissional de Saúde assegura a realização de atividades educativas e medidas preventivas no sentido de se promover a saúde e a prevenção do desenvolvimento da DM2.	Informação clara e orientações compreensíveis fornecidas à pessoa com DM2 (familiar/cuidador).	✓	✓	✓
	Registo adequado no processo clínico/ individual.	✓	✓	
	Entrega do guia da pessoa com DM2.	✓		
	Estimulação para a modificação dos estilos de vida, nomeadamente para a alimentação saudável e prática de atividade física a cada pessoa com DM2.	✓	✓	
	Informação e promoção do abandono do hábito tabágico	✓	✓	
	Realização de ações de formação e reflexão crítica e ativa sobre o desempenho, para melhorar a intervenção profissional.	✓	✓	✓

Competência 3- Comunicação/Entrevista/ Consulta Clínica	Evidências específicas Entrevista Clínica- PAI DM2	MF	EF	SC
O profissional de saúde assegura a comunicação mais eficaz a cada pessoa com DM2, aplicando as técnicas de comunicação próprias do seu âmbito profissional.	Informação clara e precisa à pessoa com DM2 sobre a necessidade e plano de monitorização e fatores de risco.	✓	✓	
	Negociação com a pessoa com DM2 sobre os objetivos individuais e anuais no controlo metabólico.	✓	✓	
	Informação à pessoa com DM2 sobre os efeitos secundários da medicação em curso e sobre a necessidade do adequado cumprimento terapêutico.	✓	✓	
	Registo no processo clínico/individual do plano de cuidados e orientações fornecidas.	✓	✓	

Competência 4 – Capacidade para a tomada de decisões clínicas, de diagnóstico e terapêutica	Evidências Específicas Decisão clínica - PAI DM2	MF	EF	SC
O profissional de saúde assegura cuidados clínicos de qualidade em DM2, atualizados e baseados na melhor evidência científica, no âmbito profissional da sua especialidade.	Realização de avaliação clínica correta, pedido e interpretação de exames complementares de diagnóstico, estabelecimento de juízo/conclusão clínica adequados e definição de um plano de atuação e de cuidados de acordo com a situação clínica da pessoa com DM2 a cada momento.	✓		
	Cumprimento e monitorização do Plano Nacional de Vacinação e outras vacinas.	✓	✓	
	Cumprimento das Normas e Orientações específicas para as diferentes atividades de monitorização da pessoa com DM2.	✓	✓	
	Registos de todas as intervenções e plano de cuidados no processo clínico/individual.	✓	✓	

Competência 5 – Continuidade assistencial	Evidências específicas continuidade assistencial - PAI DM2	MF	EF	SC
O profissional de saúde assegura continuidade de cuidados assistenciais à pessoa com diabetes no cumprimento deste Manual de Boas Práticas.	Continuidade assistencial assegurada e apoiada nos registos do processo clínico: notas de alta de internamentos hospitalares e diagnósticos clínicos, plano individual de intervenção, orientações terapêuticas, entre outros	✓	✓	
	Difusão de recomendações para a vigilância clínica domiciliária, distribuição de informação em suporte papel	✓	✓	
	Promoção do trabalho de equipa em ambiente domiciliário, elaboração de um plano multidisciplinar de cuidados adequado de molde a evitar deslocações desnecessárias e/ou repetitivas.	✓	✓	

## 7. RECURSOS E UNIDADES DE SUPORTE

Ao criarmos este Manual foi essencial identificar os recursos necessários para as diferentes atividades, quer em termos de instalações (respeitando os direitos da pessoa com diabetes à privacidade, intimidade, conforto e segurança) como de materiais e equipamentos, incluindo sistemas de informação e comunicação.

Quadro 2 – Recursos necessários à consulta de Diabetes

Instalações	Equipamentos	Consumíveis
Sala de espera;	Computador e impressora;	Papel;
Gabinete consulta médico;	Telefone;	Lancetas e tiras;
Gabinete de consulta de enfermagem;	Esfigmomanómetro;	Luvas;
Sala de tratamentos;	Balança de chão;	Algodão/compressas;
Secretária;	Fita métrica;	Álcool;
Cadeiras/banco;	Estetoscópio;	Solução cutânea de iodopovidona;
Cadeira de podologia;	Glicómetro;	Creme hidratante;
Cortina/biombo;	Aparelho de ecodoppler;	Vinagre de sidra;
Mesa de apoio.	Diapasão;	Vinagre de sidra;
	Monofilamento;	Resguardos
	Micromotor;	Aventais;
	Limas, brocas (micromotor);	Máscaras.
	Goivas e alicates;	
	Tesouras e lixas.	

Documentação	Software informático
Guia do diabético;	SClínico;
Folhetos de educação para a saúde na área da diabetes.	SINUS;
	RNU;
	ALERT.

## 8. INDICADORES

A avaliação do processo assistencial é imprescindível no seu desempenho e implementação. A USF Cartaxo Terra Viva selecionou indicadores que podem ser monitorizados pelos sistemas informáticos utilizados.

### 1. Indicadores de Avaliação de Segurança

- ✓ Identificação correta e inequívoca do utente

Avaliação do cumprimento do procedimento “Identificação inequívoca dos utentes”.

### 2. Indicadores de Monitorização

- ✓ Indicador 382 - Prop. adultos com DM, com diagn.

### 3. Indicadores de Processo

- ✓ Indicador 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  $\leq 8,0\%$
- ✓ 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  $\geq 140/90$  mmHg
- ✓ Indicador 315 - Proporção DM com C-LDL  $< 100$  mg/dl

Os resultados dos indicadores acima referidos são retirados mensalmente na plataforma MIM@UF e analisados trimestralmente.

### 4. Satisfação do cidadão

- ✓ Inquéritos de satisfação do utente

Avaliação através da análise do Relatório de avaliação de satisfação do utente.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2 – DGS, Lisboa 2013
- Manual de Procedimentos do Programa de rastreio da retinopatia diabética da ARSLVT
- Norma da DGS nº 002/2011 de 14/01/2011 – Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus
- Norma da DGS nº 008/2011 de 31/01/2011 – Diagnóstico Sistemático da Nefropatia Diabética
- Orientação DGS nº 005/2011 de 31/01/2011 – Prevenção e Avaliação da Nefropatia Diabética
- Norma da DGS nº 052/2011 de 27/12/2011 atualizada a 27/04/2015 – Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto
- Norma da DGS nº 025/2011 de 29/09/2011 – Insulinoterapia na Diabetes Mellitus tipo2
- Norma da DGS nº 005/2013 de 19/03/2013 – Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)
- Norma da DGS nº 005/2011 de 21/01/2011 – Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético
- Orientação DGS nº 003/2011 de 21/01/2011 - Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético
- Standards of Medical Care in Diabetes 2022 – American Diabetes Association 2022
- 2016 Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice
- Bhatt DL et al. Am J Cardiol. 2002 Sep 15;90(6):625-8)