

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**MARIANA IZABEL GIACOMONI ZEMANN**

**EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE COMO FORMA DE MELHORAR O  
DESEMPENHO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO DIABÉTICO NO  
MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR**

CURITIBA

2019

**MARIANA IZABEL GIACOMONI ZEMANN**

**EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE COMO FORMA DE MELHORAR O  
DESEMPENHO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO DIABÉTICO NO  
MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Gestão da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Rafaela Gessner Lourenço.

CURITIBA

2019

## RESUMO

Entre os desafios presentes nas Unidades Básicas de Saúde de Curitiba destaca-se o acompanhamento aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus. O aumento de casos relacionados a essa doença ressalta a importância da atuação do enfermeiro no acompanhamento destes usuários. Embora a incidência dessa doença resulte em uma expectativa de vida 25% menor que a média da população, estudos apontam que um bom acompanhamento básico pode evitar o agravamento da doença e evitar sensivelmente os índices de hospitalização. Para isso é fundamental a preparação do enfermeiro para enfrentar essa doença desde o primeiro contato. Nesse sentido, é necessário a existência de um plano de educação permanente voltado a esses profissionais. Este trabalho propõem um plano de intervenção para qualificar o atendimento ofertado pelos enfermeiros frente ao paciente diabético.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Diabetes Mellitus, Atenção Básica

## **ABSTRACT**

Among the challenges present in the Basic Health Units of Curitiba, we highlight the follow-up to patients with Diabetes Melitus. The increase in cases related to this disease underscores the importance of the nurse's role in the follow-up of these users. Although the incidence of this disease results in a life expectancy that is 25% lower than the average population, studies indicate that a good basic follow-up can avoid the worsening of the disease and sensitively avoid hospitalization rates. For this it is fundamental the preparation of the nurse to face this disease from the first contact. In this sense, it is necessary to have a permanent education plan for these professionals. This work proposes an intervention plan to qualify the care offered by nurses in relation to the diabetic patient.

**Key words: Nursing; Diabetes Millitus, Primary Care**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>DM</b>	Diabetes Millitus
<b>DSBQ</b>	Distrito Sanitário Boqueirão
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único e Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	07
1.1 OBJETIVO GERAL .....	08
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	08
1.3 JUSTIFICATIVA .....	09
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	11
2.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM .....	11
2.2 DIABETES MILLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE .....	12
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	16
<b>3. DIAGNÓSTICO E DISCRICÃO A SITUAÇÃO PROBLEMA</b> .....	19
3.1 DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	19
4.1 PROPOSTA .....	22
4.2 PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	23
4.3 FICHA DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO.....	24
<b>CONCLUSÃO</b> .....	25
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	27

## 1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada por distúrbios metabólicos devido a hiperglicemia. A ausência ou pouca produção de insulina leva a esta condição. Devido aos hábitos atuais de vida é considerada uma epidemia mundial, com projeção de atingir 300 milhões de indivíduos no mundo todo até 2030 (SESA, 2014).

Com o aumento da taxa de incidência desta doença crônica nos últimos anos no Brasil e no Mundo é preciso retomar uma política de prevenção efetiva. Nesse sentido, é importante a educação de profissionais de saúde na atenção básica para desenvolverem ações de promoção, prevenção e estabilização da doença. E assim evitar complicações como retinopatia, doença renal, infartos e derrames (FIOCRUZ, 2018).

Atenção básica é um conjunto de ações individuais e coletivas para promoção e proteção da saúde, controle de agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde. Isso ocorre com a participação popular, com território definido, sendo, a Atenção Primária, responsável por desenvolver ações planejadas conforme a dinâmica local (BRASIL 2006).

É através da Atenção Básica que se pode assegurar um acompanhamento de saúde sistemático, interagindo com outros serviços e assim garantir a prevenção de doenças, diagnóstico precoce e na redução de complicações de doenças crônicas (LIMA, GAMA, et al, 2017).

Em torno de 90% dos problemas de saúde devem ser resolvidos na atenção primária, para isto os profissionais devem estar preparados tecnicamente para cogерir em conjunto com o usuário as decisões. O fato de um profissional atender um usuário muitas vezes não é garantia de uma relação satisfatória para melhorar a assistência.

Uma Atenção Primária resolutiva permite que o indivíduo alcance um ótimo nível de saúde. Assim pode-se evitar internações hospitalares, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os gastos e recursos investidos em saúde (LIMA, GAMA, et al, 2017).

Na perspectiva de equipe multiprofissional que atua nas condições crônicas na atenção primaria, deve ser dado destaque especial a atuação do enfermeiro. Ele

tem papel de educador em saúde e deve contribuir para a conscientização individual e coletiva (COUTINHO, SANTOS, et al, 2017).

Campos et al. (2007) apud Pereira; Ferreira (2014) afirmam que a consulta de enfermagem tem o objetivo de prestar assistência sistematizada, identificando os problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Considerando a importância da atuação do enfermeiro frente as condições crônicas na atenção primária, visando um atendimento resolutivo para melhorar a assistência à saúde ofertada ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus, este trabalho tem como objetivo desenvolver um plano de educação permanente para os profissionais enfermeiros do Distrito Sanitário Boqueirão, em Curitiba/PR, que realizam atendimento a diabéticos.

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um plano de educação permanente no Distrito Sanitário Boqueirão como forma de melhorar o desempenho dos enfermeiros frente ao atendimento dos diabéticos tipo 2, baseando-se no protocolo já existente na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Buscar na literatura conhecimento científico que embase a situação problema e a intervenção.
2. Desenvolver um cronograma anual de educação permanente, com datas, local, público alvo, recursos necessários, tema por encontro e forma de trabalho em grupo.
3. Desenvolver um instrumento para avaliação das atividades realizadas com os enfermeiros.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica de incidência mundial e representa um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Ele é classificado como uma das condições crônicas mais sensíveis à Atenção Primária à saúde. Cerca de 60 a 80% dos casos são possíveis controlar no nível básico, reduzindo o número hospitalizações e atingindo o acompanhamento ideal na atenção primária (SANTOS, SILVA e MARCON, 2018).

Ao longo do tempo, a prevalência do DM2 tem aumentado e alcança hoje proporções epidêmicas. Estima-se que atinja 35 milhões de pessoas nas Américas e a expectativa é de 65 milhões de diabéticos em 2025, sendo no Brasil esperados 11 milhões. O aumento da incidência deve-se a fatores como obesidade, sedentarismo e o envelhecimento da população (CURITIBA, 2010).

No SUS (Sistema Único de Saúde) a DM (Diabetes Millitus) e a hipertensão representam o número um em hospitalizações e mortalidade. Também representam mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a diálise, sendo também responsável por 50 a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores e a principal causa de cegueira adquirida. Aproximadamente 40% dos pacientes portadores de DM tipo 2 apresentarão nefropatia após 20 anos do surgimento da doença (PARANÁ, 2014).

A expectativa de vida da população diabética é 25% menor que a da população geral e a doença cardiovascular (DCV) é a principal responsável por esta redução. As complicações agudas e crônicas do DM interferem negativamente na qualidade de vida, na sobrevivência e na produtividade das pessoas. No Paraná o número de óbitos por DM aumentou de 2.730, em 2008, para 3.314, em 2011 (PARANÁ, 2014).

Os custos diretos para atenção à saúde do diabético variam no mundo entre 2,5 a 15 % dos gastos em saúde conforme a prevalência, mas existem custos adicionais em decorrência as complicações da doença como aposentadoria precoce, improdutividade no trabalho e mortalidade prematura (PARANÁ, 2014).

Neste contexto, pensando na assistência à saúde do portador de Diabetes Millitus, o enfermeiro se destaca como um dos principais responsáveis pelo acompanhamento de saúde destas pessoas, desempenha um papel essencial no processo de cuidado, além de contribuir nos processos de coordenação, planejamento e implantação deste e de outros programas de saúde (SANTOS, SILVA e MARCON, 2018).

Desta forma, faz-se necessário que os enfermeiros que realizam a assistência à saúde dos portadores de DM estejam preparados tecnicamente para realizarem os atendimentos de forma resolutiva na Atenção Primária, melhorando assim a qualidade de vida da população, evitando a sobrecarga dos serviços de emergência e reduzindo custos em saúde.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e consiste na aplicação do processo de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade de forma direta e independente. Supõe a entrevista para coleta de dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas detectados

Segundo Porto apud Pereira, Ferreira, define a consulta em enfermagem como a prestação de assistência realizada pelo profissional de enfermagem, tanto para o indivíduo sadio quanto para aquele que se encontra hospitalizado. Em muitos casos é o primeiro contato com o cliente para que sejam identificados seus problemas de saúde.

Campos et al. (2007) apud Pereira; Ferreira (2014) afirmam que a consulta de enfermagem tem o objetivo de prestar assistência sistematizada de enfermagem, identificando os problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Sua prática está prevista na Lei n.º 7.498/86, a qual prevê que a consulta de enfermagem é ato privativo do enfermeiro. A consulta de enfermagem é capaz de dar respostas às complexidades do indivíduo, com base em um saber acumulado de disciplinas que desvendam também relações humanas (PEREIRA; FERREIRA, 2014).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (1993), conforme Resolução n.º 159/1993, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida em todos os níveis de assistência à saúde, tanto em instituições públicas quanto privadas. Isso inclui também a Estratégia Saúde da Família – ESF, cujas normas preveem a entrevista de enfermagem.

Nos serviços públicos de saúde, a consulta de enfermagem incorpora na sua estrutura alguns passos do processo de enfermagem, como o levantamento de dados, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial e encaminhamentos, além de ser dirigida, prioritariamente, ao grupo materno-infantil OLIVEIRA; CADETE (2006).

A consulta de enfermagem proporciona ao enfermeiro, condições para atuar de forma direta e independente, caracterizando, assim, sua autonomia profissional.

É um meio de documentar sua prática, visto que essa atividade, por ser privativa do enfermeiro, fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial (FERNANDES, (2007) apud GUIMARÃES (2011).

## 2.2 DIABETES MILLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

O termo diabetes mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL 2013).

Caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas, determinando deficiência absoluta de insulina, o que torna essencial o uso de insulina como tratamento, para prevenir cetoacidose, coma, eventos micro e macro vasculares e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune, o qual pode ser detectado pela presença de anticorpos circulantes no sangue periférico (antidescarboxilase do ácido glutâmico ou anti-GAD, anti-ilhotas e anti-insulina). Em menor proporção, a causa é desconhecida (idiopático). A destruição das células beta geralmente é rapidamente progressiva. O pico de incidência do DM 1 ocorre em crianças e adolescentes, entre 10 e 14 anos, mas pode ocorrer também, menos comumente, em adultos de qualquer idade. Nos adultos, o DM 1 pode ter desenvolvimento lento e progressivo de acordo com a deficiência de insulina (BRASIL 2018).

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009 apud BRASIL 2013).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em

desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012 apud Brasil 2013).

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (Campbell 2010, apud SBD 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Infelizmente, muitos governos, sistemas de saúde pública e profissionais de saúde ainda não se conscientizaram da atual relevância do diabetes e de suas complicações.

O diabetes mellitus constitui o grupo das doenças crônicas responsáveis pelas principais causas de morte no mundo e é considerado um dos problemas de saúde de maior magnitude, mais que uma doença, o Diabetes Mellitus engloba uma série de distúrbios metabólicos diferentes que tem como denominador comum a hiperglicemia (MOC 2018<sup>1</sup>).

O Diabetes Mellitus (DM) pode ser considerado uma pandemia e um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, de incapacitações e de mortalidade prematura, bem como pelos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. Segundo estimativas da Federação Internacional de Diabetes (IDF), em 2015 existiam aproximadamente 415 milhões de pessoas com diabetes no mundo, com previsão de aumento de 55% para os próximos 25 anos.

O Brasil, com cerca de 11,6 milhões de diabéticos na faixa etária entre 20 — 79 anos, ocupa a 4ª posição do ranking mundial ficando atrás da China, Estados Unidos e Índia. A prevalência da doença no Brasil é de 8,7% e pode chegar a 17,5% na faixa etária de 60 — 69 anos, sendo semelhante para homens e mulheres.

---

<sup>1</sup> Linha de cuidado diabetes mellitus: manual de orientação clínica. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde 2018.

Estudos observacionais mostram que no Brasil apenas a metade da população diabética conhece seu diagnóstico (MALERBI 1992 apud MOC (2018)).

Utilizando o modelo da regra das metades, estima-se que apenas 26% (três milhões de pessoas) recebam tratamento e apenas 6,5% (850 mil pessoas) alcancem os alvos terapêuticos.

Em relação à mortalidade, dados do Ministério da Saúde de 2011 mostram que a taxa de mortalidade do diabetes é de 33.7/100 mil habitantes (BRASIL 2015).

### 2.2.1 CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES MILLITUS

A Organização Mundial de Saúde (OMS), Associação Americana de Diabetes (ADA) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) classificam o DM em quatro classes clínicas: 1. Diabetes tipo 1; Diabetes tipo 2; outros tipos específicos de diabetes e Diabetes gestacional.

Quadro 1: Classificação etiológica do Diabetes Mellitus

DM1
Autoimune
Idiopático
DM2
Outros tipos específicos de DM
DM gestacional

Milech et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). Apud Manual de orientação clínica do Estado de São Paulo (2018).

### 2.2.2 FATORES DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS

Segundo dados do Manual de orientação clínica do Estado de São Paulo (2018), todos os adultos maiores de 45 anos, independente do peso corporal, devem ser rastreados para o diagnóstico de DM. Assim como testes diagnósticos devem ser considerados em todos os adultos com idade maior ou igual a 18 anos, acima do peso

(IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) e que tenham um ou mais fatores de risco descritos conforme o abaixo:

1. Sedentarismo;
2. Parentes de primeiro grau com diabetes;
3. Mulheres que deram à luz a um RN macrossômico ou desenvolveram diabetes gestacional (DMG);
4. Mulheres com síndrome de ovário policístico;
5. Hipertensão arterial;
6. Doença hepática gordurosa não alcoólica;
7. HDL-col 250 mg/dL;
8. HbA1c  $\geq$  5.7%, glicemia de jejum alterada (GJA) ou tolerância à glicose diminuída (TGD);
9. Outras condições clínicas associadas à resistência insulínica (ex.: obesidade com IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>, acanthose nigra);
10. História de doença cardiovascular prévia.

Para o diabetes gestacional, os principais fatores de risco são:

1. Idade > 25 anos;
2. Obesidade ou ganho excessivo de peso na gestação atual;
3. História familiar de DM tipo 2 em parentes de 1º grau;
4. História prévia de hiperglicemia / diabetes gestacional / anormalidades metabolismo glicose;
5. História prévia de abortamento espontâneo;
6. Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gestação atual;
7. Parto anterior de RN Grande para Idade Gestacional (> 4 kg);
8. Diagnóstico de Síndrome do Ovário Policístico (SOP);
9. Glicemia jejum > 92 mg/dL em qualquer fase da gestação;
10. Baixa estatura (< 150 cm).

Para a faixa etária menor ou igual a 18 anos, os fatores de risco são:

1. Obesidade (IMC > percentil 85 para idade e sexo) e pelo menos 2 fatores de risco;
2. Parentes de primeiro grau com diabetes;
3. Condições clínicas associadas à resistência insulínica;
4. Antecedente de DMG materna.

### 2.2.3 RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As ações para rastreamento do DM devem inicialmente identificar indivíduos com alto risco de desenvolver a doença, para posterior realização de testes com maior sensibilidade e especificidade disponíveis. Uma vez confirmado o diagnóstico, as medidas implementadas terão forte impacto em desfechos clínicos em pessoas portadoras de diabetes e, além disso, podem auxiliar políticas de saúde no diagnóstico e tratamento da doença e suas complicações.

O diagnóstico do DM deve ser realizado com base no critério da glicemia, seja utilizando a glicemia de jejum (GJ), seja utilizando a glicemia aferida nos pós prandial (TOTG 2 horas) após 75 g de glicose via oral. Pode também ser utilizado o critério da hemoglobina glicada (HbA1c).<sup>16,17</sup> Os testes devem ser iniciados a partir de 45 anos de idade se não existirem fatores de risco. Se normais, repetidos a intervalos de 3 anos e, se pré diabetes ou com mais de 2 fatores de risco, repetir anualmente. Testes diagnósticos devem ser considerados para faixa etária menor ou igual a 18 anos.

### 2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria

constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola. (CECCIM, 2005).

Segundo Ceccim; Ferla (2005) A educação permanente em saúde<sup>2</sup> precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

Os autores acima exemplificam que a educação permanente em saúde se apoia no conceito de ensino problematizado (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de aprendizagem significativa (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL 2006).

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem de trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os

---

<sup>2</sup>Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de 21 serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL 2006).

A Educação em Saúde é uma das responsabilidades sanitárias compartilhadas entre os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), definidas no Pacto de Gestão (BRASIL 2006).

### 3. DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

#### 3.1. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A cidade de Curitiba-PR<sup>3</sup> foi fundada por imigrantes portugueses e fixou imigrantes italianos, alemães, poloneses, ucranianos, asiáticos e descendentes de antigos escravos de origem africana que vieram ao sul do Brasil para afastarem-se dos conflitos de guerra e insegurança no continente europeu.

Curitiba possui atualmente 1.893.997 habitantes (IBGE 2016) estima-se que cerca de 70% dos habitantes da cidade utilizam os serviços de assistência à saúde ofertada pela rede pública.

O Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES, vinculado à Secretaria de Estado do Planejamento, pesquisa e divulga regularmente informações e indicadores relevantes na área social, econômica e do meio ambiente. Segundo esta fonte (2016).

A Rede de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba é composta por:

- 63 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família
- 48 Unidades de Saúde
- 2 Unidades / Especialidade
- 9 Unidades de Pronto Atendimento
- 12 Centros de Apoio Psicossocial – CAPS
- 6 Centros de Especialidades: Mãe Curitibana, Santa Felicidade, Matriz, Ouvidor Pardiniho, Vila Hauer e Salgado Filho.
- 2 Centros de Especialidades Odontológicas
- 1 Centro de Orientação e Atendimento aos portadores de HIV/AIDS - COA
- 108 Clínicas Odontológicas (integradas às US)

---

3 Fundada em 1693, a partir de um pequeno povoado bandeirante, [Curitiba](#) se tornou uma importante parada comercial com a abertura da estrada tropeira entre Sorocaba e Viamão. Em 1853 tornou-se a capital da recém-emancipada província do [Paraná](#). [Curitiba](#) é um município brasileiro, capital do estado do [Paraná](#), localizada a 934 metros de altitude no primeiro planalto paranaense, a aproximadamente 110 quilômetros do Oceano Atlântico. É a oitava cidade mais populosa do Brasil e a maior do sul do país, com uma população de 1.746.896 habitantes. É a cidade principal da Região Metropolitana de Curitiba, formada por 26 municípios e que possui 3 172 357 habitantes sobre uma área de 15 447 km<sup>2</sup>, o que a torna a nona região metropolitana mais populosa do Brasil.

- 2 Hospitais Municipais
- 1 Laboratório Municipal
- 67 Espaços Saúde (anexos às US)

As equipes que realizam os atendimentos a população contam com profissionais como médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de saúde bucal, auxiliares de saúde bucal, agentes administrativos e agentes comunitários de saúde (CURITIBA 2016).

O Distrito Sanitário Boqueirão atende a população da região sul do Município de Curitiba, estimada em 216.490 pessoas (CENSO 2010). Composto por 14 Unidades de Saúde, destas apenas 7 com equipes de estratégia de saúde da família, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 01 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 centro de especialidades médicas e serviço de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Atualmente na regional do Boqueirão, especificamente nas 14 Unidades de Saúde que representam a Atenção Primária deste território, existem 13211 usuários cadastrados no programa de Diabetes Mellitus tipo 2 no Distrito Sanitário Boqueirão, para realizar a assistência de enfermagem a estes pacientes o DS conta com 35 enfermeiros.

O Distrito Sanitário Boqueirão, assim como os demais, é coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde - SMS, tendo como objetivo gerenciar e apoiar administrativamente as unidades municipais de saúde que estão no território sob sua responsabilidade. (CURITIBA, 2016).

Entre a relação de serviços de saúde ofertados pelo Município está assistência integral a saúde, atividades de prevenção, promoção e situações de saúde em cada fase da vida, atendimentos de urgência e emergência, assistência domiciliar, imunização, controle epidemiológico, consultas e procedimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, entre outros (CURITIBA 2016).

### 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Atualmente nas Unidades de Saúde em Curitiba o profissional enfermeiro deve realizar seus atendimentos baseando -se nos protocolos existentes na Secretaria Municipal de Saúde, porém estes protocolos são disponibilizados no prontuário eletrônico para leitura e repassados pelo gestor de forma local, nota-se que a qualidade do atendimento ofertado nas consultas do enfermeiro muitas vezes deixa a desejar. Este fato ocorre, pois, muitas vezes o profissional não tem o conhecimento técnico suficiente ou não compreende por completo os protocolos propostos.

No município de Curitiba, a atuação do enfermeiro na Atenção Primária a Saúde é desempenhada através da consulta de enfermagem, que representa um instrumento importante para resolutividade dos problemas de saúde do usuário. Observamos diariamente que estes atendimentos muitas vezes acontecem de forma rápida e inadequada, impactando de forma negativa na assistência à saúde ao diabético, levando a agudização dos casos crônicos.

Assim, para uma melhor assistência à saúde ao diabético, satisfação do usuário e resolutividade da Atenção Primária, faz-se necessário um programa de educação permanente distrital para melhorar os resultados esperados com a implantação do protocolo de atendimento ao portador de Diabetes Millitus tipo 2.

## **4. PROPOSTA TÉCNICA**

### **4.1 PROPOSTA**

A proposta de intervenção é desenvolver um plano de educação permanente para enfermeiros do Distrito Sanitário Boqueirão para melhorar a qualidade no atendimento aos diabéticos, para melhorar a assistência à saúde é necessário resgatar com os profissionais envolvidos a fisiopatologia da doença, a importância de realizar o exame físico, assim como demonstrar como realizar uma consulta de enfermagem resolutiva e as diretrizes do protocolo de DM tipo 2 da Secretaria Municipal de Saúde.

## 4.2 PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

	Duração	Público	Descrição	Recursos Materiais	Avaliação
<b>1º ENCONTRO</b> <b>DIABETES MELLITUS E</b> <b>PROTOCOLO SMS</b>	4 h	Enfermeiro	Abordagem sobre a fisiologia da DM Apresentação dos dados de DM do Distrito Sanitário Breve apresentação Protocolo DM SMS Em pequenos grupos discutir e definir atividades do enfermeiro frente ao protocolo Apresentação dos grupos Definição no grupo geral sobre as ações e o papel do enfermeiro no Protocolo DM	Sala com capacidade para 25 pessoas.  Computador e data show.  Canetas, papel sulfite.  Coffee break.	Ficha de avaliação da capacitação
<b>2º ENCONTRO</b> <b>CONSULTA DO ENFERMEIRO</b>	4 h	Enfermeiro	Apresentação de vídeo com encenação de como não agir na consulta de enfermagem Apresentação de vídeo sobre a consulta de enfermagem ideal Apresentação sobre o exame físico do Diabético Em duplas praticar o atendimento	Sala com capacidade para 25 pessoas.  Computador e data show.  Canetas, papel sulfite.  Coffee break ala com capacidade para 25 pessoas	Ficha de avaliação da capacitação
<b>3º ENCONTRO</b> <b>ESTRATÉGIAS PARA O</b> <b>PROGRAMA DM</b>	4 h	Enfermeiros	Roda geral para apresentar como acontece em cada US o programa Apresentação de estratégias de sucesso Em pequenos grupos definir dificuldades para desenvolver o programa nas Unidades de Saúde Em trios elaborar uma estratégia para desenvolver o programa de DM na US de cada participante, levando em conta o perfil e recursos disponíveis na realidade local	Sala com capacidade para 25 pessoas.  Computador e data show.  Canetas, papel sulfite.  Coffee break	Ficha de avaliação da capacitação

### 4.3 FICHA DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**DISTRITO SANITÁRIO BOQUEIRÃO**

**FICHA DE AVALIAÇÃO CAPACITAÇÃO DM**

**DATA DO ENCONTRO:**

**QUANTO AO INSTRUTOR**

	☺	☹	☹
Apresentou domínio do conteúdo abordado?			
Utilizou os recursos didáticos de forma a aprofundar a compreensão do conteúdo?			
Administrou o tempo de forma produtiva?			
Esclareceu as dúvidas de forma clara?			

**QUANTO AO CURSO**

	☺	☹	☹
Como você avalia a estrutura física e os recursos materiais utilizados na capacitação?			
O tema apresentado despertou interesse?			
O tema proposto somou para o seu aprendizado e desempenho na prática profissional?			
Com relação ao tempo de duração da capacitação?			

**SUGESTÕES:**

- |                             |
|-----------------------------|
| ☺ Ótimo ou sim, sem dúvidas |
| ☹ Bom                       |
| ☹ Ruim ou não               |

## CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo desenvolver um plano de educação permanente para os profissionais enfermeiros do Distrito Sanitário Boqueirão, em Curitiba/PR, que realizam atendimento aos diabéticos, tendo em vista que uma assistência à saúde resolutiva é essencial para melhorar a qualidade de vida desses usuários, assim como aumentar o vínculo do paciente com o serviço de saúde e evitar internamentos sensíveis à Atenção Primária.

Através do levantamento epidemiológico e bibliográfico fica claro a importância de desenvolver uma proposta de intervenção para melhorar a qualidade no atendimento do enfermeiro frente ao Protocolo de Atendimento ao Diabético da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

A intervenção proposta para melhorar o atendimento do enfermeiro frente ao paciente portador de diabetes mellitus, é baseada em encontros dinâmicos, despertando o interesse do profissional ao tema e que possa identificar as fragilidades e potencialidades do seu desempenho profissional frente ao diabético.

Com o levantamento epidemiológico e bibliográfico percebe-se a importância de incentivar e capacitar às equipes de saúde e dos demais setores públicos para a atuação junto à população, estabelecendo um cronograma de educação permanente para os enfrentamentos necessários na Atenção Primária.

Entende-se ainda, que para a equipe atuar junto a um segmento populacional que está em vulnerabilidade, esta deve conhecer a população e a área de abrangência da sua unidade, assim como conhecer o processo de determinação do processo saúde-doença dos que ali vivem, isso nas dimensões que conformam a realidade observada- singular particular e estrutural. Ao reconhecer tal processo é que os profissionais poderão propor intervenções que modifiquem a determinação das vulnerabilidades encontradas naquela população, e ainda, trabalhar essas informações junto aos gestores e Conselhos Locais de Saúde, visando à troca de conhecimento e uma possível articulação para a realização de intervenções necessárias na comunidade, bem como atuar junto à gestão para reivindicar uma assistência à saúde que atenda às necessidades da população local.

Como sugestão – Na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba existem Protocolos que norteiam o atendimento dos profissionais frente a diversas situações de saúde, como hipertensão, gestação, entre outros. É necessário que haja capacitação permanente sobre os diversos temas, para qualificar os profissionais que realizam atendimento, melhorando assim a resolutividade da Atenção Primária.

## REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Acesso em 18/12/2018, [www.datasus.gov](http://www.datasus.gov).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 2018. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio\\_PCDT\\_DM\\_2018.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_PCDT_DM_2018.pdf)> Acesso 18 FEV 2019.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Programa de Pós Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde, UFRG. 2005. disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n4/975-986>> Acesso em 18 Fev. 2019.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2005. Disponível em: Acesso em: 29 JAN 2019.

CURITIBA. **Diabete Melito Tipo 2: diretriz de atenção à pessoa com Diabete Mellitus Tipo 2** / coordenação Ana Maria Cavalcanti. - Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2010.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>> Acesso 18 FEV 2019.

FIOCRUZ. Portal de notícias, matéria escrita por Isabela Pimentel. <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-incidencia-de-diabetes-cresceu-618-nos-ultimos-10-anos> - 2018 acesso em 10/01/2019.

GUIMARÃES, LUCIANA PIRES. **A importância da consulta de enfermagem no contexto da estratégia saúde da família**. Especialização, Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo horizonte- minas gerais 2011.

LIMA Raquel Castro Desterro e Silva Moreira, GAMA Mônica Elinor Alves et al. **Condições sensíveis à atenção primária em hospital de referência pediátrica no maranhão**. *Rev Pesq Saúde*, 18(2): 97-101, mai-ago, 2017.

MILECH et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016 Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>

OLIVEIRA, Valéria Conceição de; CADETE, Matilde Meire Miranda. **A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Revista Mineira de Enfermagem. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/317> acesso 29 JAN 2019.

PARANA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes**. – Curitiba: SESA, 2014.

PEREIRA, Raliane Talita Alberto; FERREIRA, Viviane. **A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família**. Revista Uniara, v.17, n.1, julho 2014.