



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MABRINE MAYARA DA SILVA BRITO

**ATENÇÃO À SAÚDE EM DIABETES MELLITUS: ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES**

CUITÉ – PB
2018

MABRINE MAYARA DA SILVA BRITO

ATENÇÃO À SAÚDE EM DIABETES MELLITUS: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II e para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

B862a Brito, Mabrine Mayara da Silva.

Atenção à saúde em diabetes mellitus: assistência de enfermagem na prevenção e redução de complicações. / Mabrine Mayara da Silva Brito. - Cuité: CES, 2018.

75 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Diabetes mellitus. 2. Assistência de enfermagem. 3. Estratégia saúde da família. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.379-008.64

MABRINE MAYARA DA SILVA BRITO

ATENÇÃO À SAÚDE EM DIABETES MELLITUS: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Mabrine Mayara da Silva Brito, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (*Campus Cuité*), tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Banca examinadora:

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade
Membro – UFCG

Profa. MsC. Heloisy Alves de Medeiros
Membro – UFCG

Cuité – PB, 27 de fevereiro de 2018.

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus pais, Eduardo Diniz e Maria Elenice; e a minha irmã Maira, pois são as pessoas mais importantes da minha vida e nunca mediram esforços para me ajudar a realizar todos os meus sonhos. A meu avô materno, Luiz Bernardo (*in memoriam*), pois foi com a sua partida repentina que escolhi a Enfermagem como profissão.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente quero agradecer ao meu Deus, por ter me dado essa honra e missão linda de cuidar do próximo. Sou grata a Ele por todas as vitórias, e ainda mais pelos desafios que encontrei nessa árdua caminhada, pois eles me deixaram mais forte e me ensinaram que na vida temos que lutar para chegar onde almejamos. Agradeço ao meu Senhor, por toda força nos momentos em que os obstáculos insistiam em me convencer a desistir, mas em meio à tempestade Ele vinha acalmar meu coração com o seu abraço de Pai e afirmar que eu não estava sozinha. Gratidão ao Senhor meu Deus, por me permitir viver tudo que vivi nesses últimos anos, que foram intensos.

Aos meus pais e a minha irmã, os amores da minha vida, aqueles que nunca mediram esforços para realizar meus sonhos, sempre estiveram presentes em todos os momentos, bons e ruins. Sou grata por tudo, todo amor, toda a educação que me deram e por terem sido fundamentais para que eu conseguisse chegar até aqui.

A todos os meus familiares, tios, tias, primos e primas que contribuíram e torceram pela realização do meu sonho. Principalmente, aos meus avós paternos, Maria Mércia e José Soares por estarem presentes em minha vida nesse momento tão sublime e único; aos meus avós maternos, Severina Bernardo, a minha princesa que embora não lembre mais quem sou e qual grau de parentesco temos, está sempre a minha espera, e a Luiz Bernardo (*in memoriam*), embora não esteja mais presente fisicamente sei que está sempre comigo.

A todos os meus amigos que direta ou indiretamente me ajudaram a enfrentar desafios durante essa longa jornada acadêmica, em especial a Juliana Maria que esteve comigo durante todos os momentos bons e ruins, aguentando muitas vezes meus estresses pré e pós prova, que foi literalmente minha família em Cuité, minha eterna gratidão. A minha amiga/irmã Katiana, que embora estivéssemos distantes fisicamente, em quilômetros, mas sempre esteve presente e me ajudou, muitas vezes sendo usada por Deus para me fortalecer e não me deixar desistir. Minha gratidão a Sabrina, Samara, Kelvin, Christine, Rhuana, Nayane e demais amigos; também aos amigos que a graduação me presenteou, os quais pude vivenciar momentos incríveis que levarei com muito carinho. Vocês fazem parte dessa vitória!

Minha gratidão aos meus Mestres, vocês foram essenciais para a minha formação. Em especial, ao meu orientador Matheus Nogueira por toda paciência, por todos os ensinamentos

e pela disponibilidade para me orientar nesse trabalho. Ao senhor, toda minha admiração, carinho e gratidão, pois sua excelência quanto docente reflete nitidamente no ser humano que és.

A todos os enfermeiros da Atenção Básica da minha cidade natal, Esperança, meu muito obrigado saibam que vocês foram essenciais para a realização desse trabalho!

Quando você atravessar a água eu estarei com você, e os rios não o afogarão; quando você passar pelo fogo não se queimará e a chama não o alcançará, pois eu sou Javé seu Deus, o Santo de Israel, o seu Salvador. Para pagar a sua liberdade, eu dei o Egito, a Etiópia e Sabá em troca de você, porque você é precioso pra mim, é digno de estima e eu o amo.

Isaías 43,2-4

RESUMO

BRITO, M. M. S. **Atenção à saúde em diabetes mellitus: assistência de enfermagem na prevenção e redução de complicações**. 2018. 75f. Monografia (Curso de Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande. Cuité-PB.

O Diabetes Mellitus (DM) constitui um grave e crescente problema em saúde pública e vem sendo tratado como uma epidemia mundial em virtude da elevação significativa da sua incidência e prevalência nos últimos anos, podendo ocasionar complicações que precisam ser prevenidas. O enfermeiro da Atenção Primária é um profissional essencial no cuidado por ter competências e habilidades para minimizar as possíveis complicações da doença. Pensando nisso, o objetivo desse estudo foi avaliar a assistência de enfermagem na prevenção e redução de complicações do diabetes mellitus, sob a ótica de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo observacional e descritivo de natureza qualitativa. Foram entrevistados 06 enfermeiros do município de Esperança-PB com a utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado. A análise de dados foi executada segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre e Lefèvre. A partir da elaboração das ideias centrais, os resultados mostraram que os enfermeiros possuem determinadas fragilidades na compreensão sobre as complicações do DM, assim como negligenciam a efetiva execução do Processo de Enfermagem (PE) no cuidado ao usuário com DM. No quesito sobre a educação em saúde, notou-se uma lacuna no planejamento e execução de ações qualificadas e dinâmicas com metodologias que potencializem o incentivo ao autocuidado. A ausência familiar foi vista como um dos entraves da adesão ao tratamento por parte do usuário, distanciando os objetivos do cuidado. É imprescindível que a enfermagem perceba a importância da implementação do PE e utilize esse instrumento em favor da eficácia do cuidado a fim de promover a saúde e prevenir as complicações do diabetes.

Descritores: Diabetes Mellitus. Assistência de Enfermagem. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

BRITO, M. M. S. **Attention to health in Diabetes Mellitus: nursing assistance in prevention and reduction of complications.** 2018. 75f. Undergraduate Thesis (Bachelor in Nursing). Universidade Federal de Campina Grande. Cuité-PB.

The Diabetes Mellitus (DM) is a grave and increasing public health problem and is being treated as a worldwide epidemic. Due to the increasing incidence of it in the last few years, it might cause complications that must be prevented. The primary health nurse is an essential professional in healthcare because they have competencies and abilities to minimize the complications the disease might have. With that in mind, the goal of this study was to evaluate nursing assistance in preventing and reducing the complications of the diabetes mellitus under the point of view of the nurses responsible for Family Health Care. This is an observational and descriptive study of a qualitative nature. Six nurses were interviewed in the city of Esperança/PB. The interview had a semi structured script. Data analysis was made through the Discourse of Collective Subject proposed by Lefèvre and Lefèvre. Since the elaboration of the central ideas, the results show that the nurses have some fragilities in comprehending the complications of DM. Being so, they neglect the effective execution of the Nursing Process in the care of patients with DM. A gap in education in health was noticed in the planning and execution of the qualified actions and dynamics, with methodologies that maximize the incentive to auto care. Familiar absence was one of the obstacles to adherence to treatment from the patient side, pulling away care objectives. It is vital that nurses realize the importance of enforcing the Nursing Process so to use this tool in favor of the effectiveness of care to promote health and prevent diabetes complications.

Descriptors: Diabetes Mellitus. Nurse Assistance. Family Health Strategy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil socioprofissional dos participantes do estudo. Esperança - PB. Novembro (2017)	38
--	-----------

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Proposta de linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus	25
Quadro 1 - Respostas humanas, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem associadas ao DM	28
Figura 2 - Sete comportamentos que devem ser praticados pelos pacientes com diabetes após um trabalho educativo efetivo	29
Quadro 2 - Fatores que dificultam a adesão ao tratamento em DM	30
Quadro 3 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “Quais as possíveis complicações do DM que você tem conhecimento?	40
Quadro 4 - Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “Me fale um pouco sobre como você realiza as Consultas de Enfermagem diante do paciente com DM”	42
Quadro 5 - Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “Você desenvolve algum tipo de atividade de educação em saúde direcionada ao paciente com DM?”	48
Quadro 6 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construído frente à pergunta: “Quais as orientações dadas por você ao paciente com DM, para a prevenção e redução das complicações do DM?”	51
Quadro 7 - Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “E quais orientações dadas por você ao familiar/cuidador com DM, para a prevenção e redução das complicações do DM?”	53
Quadro 8 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “Você faz o acompanhamento de pacientes com DM por meio de visitas domiciliares? Me fale um pouco sobre a rotina dessas visitas” ...	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAED – Associação Americana de Educadores em Diabetes
AE – Atenção Especializada
APS – Atenção Primária à Saúde
AVE – Acidente Vascular Encefálico
CAD – Cetoacidose Diabética
CE – Consulta de Enfermagem
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DE – Diagnóstico de Enfermagem
DM – Diabetes Mellitus
DMG – Diabetes Mellitus Gestacional
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
EAS – Sumário de Urina
ESF – Estratégia Saúde da Família
GPA – Glicose Plasmática Aleatória
GPJ – Glicose Plasmática em Jejum
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HBA – Hemoglobina Glicada
HCS – Somatostatina Coriônica Humana
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Ideia Central
IDF – Federação Internacional de Diabetes
LC – Linha de Cuidado
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PE – Processo de Enfermagem
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SADT – Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes
SG – Sistema de Governança
SL – Sistema Logístico
SNC – Sistema Nervoso Central
SSVV – Sinais Vitais
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF – Unidade de Saúde da Família
VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivos	16
1.1.1	<i>Objetivo Geral</i>	16
1.1.2	<i>Objetivos Específicos</i>	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	Considerações gerais sobre o diabetes mellitus	17
2.1.1	Complicações agudas do diabetes mellitus	19
2.1.2	Complicações crônicas do diabetes mellitus	20
2.2	Rede de atenção à saúde em diabetes mellitus	21
2.2.1	Bases conceituais, legais e operacionais das Redes de Atenção à Saúde	21
2.2.2	Componentes organizativos da Rede de Atenção à Saúde em DM	24
2.3	As múltiplas dimensões do cuidar na prevenção de complicações do DM	26
2.3.1	Eixo 1: Assistência de Enfermagem	27
2.3.2	Eixo 2: A educação e a importância do autocuidado	28
2.3.3	Eixo 3: A importância da família no cuidado ao indivíduo com DM	31
3	METODOLOGIA	33
3.1	Tipo de estudo	33
3.2	Local do estudo	33
3.3	População e amostra	34
3.4	Instrumentos para coleta de dados	34
3.5	Procedimentos para coleta de dados	35
3.6	Análise dos dados	35
3.7	Aspectos éticos	36
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
4.1	Caracterização do perfil socioprofissional	38
4.2	Atenção à saúde em diabetes mellitus: o cuidado do enfermeiro	40
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	59

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Instrumentos para coleta de dados

ANEXO

Anexo A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) constitui um grave e crescente problema em saúde pública. Hodiernamente é tratado como uma epidemia mundial em virtude da elevação significativa da sua incidência e prevalência nos últimos anos, tornando-se uma grave emergência de saúde no século XXI, como aponta a Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), em 1980 o número de pessoas acometidas por DM era cerca de 108 milhões (4,7%); já no ano de 2014, estimou-se que 422 milhões (8,5%) de adultos em parâmetro mundial viviam com a doença. Em 2015, a IDF apontou que 1 em cada 11 adultos tem DM, representando 415 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo destes 199,5 milhões de mulheres e 215,2 milhões de homens, com gastos gerados superiores a 670 bilhões de dólares. Além disso, a estimativa mundial para 2040 é de 642 milhões de pessoas com DM, correspondendo a 313,3 milhões de mulheres e 328,4 milhões de homens, com proporção de 1 em cada 10 adultos com este agravo, totalizando despesas de mais de 800 bilhões de dólares.

O aumento da prevalência do DM tem sido identificado em todas as regiões do mundo em virtude do aumento da expectativa de vida, do exponencial crescimento da população idosa e da progressiva prevalência da obesidade e sedentarismo. Em função disto, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) no Atlas de Diabetes publicado em 2015, a mortalidade devido ao DM é maior do que o HIV/SIDA, tuberculose e malária somados, representando uma morte a cada 6 segundos (BRASIL, 2016).

De acordo com os dados obtidos no DataSUS, a prevalência do DM em nível nacional era de 11,7% em 2012. No ano de 2015, os dados da SBD apontaram que há cerca de 14,5 milhões de pessoas com DM, com metade dos casos ainda não diagnosticados. No contexto brasileiro, a estimativa é que no ano de 2040 o número de pessoas com DM seja de 23,2 milhões, totalizando 9,4%, resultando em gastos de US\$ 21,8 bilhões (BRASIL, 2013).

O DM é caracterizado por uma desordem metabólica de etiologia múltipla, em que a hiperglicemia crônica é decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, resultando em uma resistência insulínica e com evolução para altas concentrações plasmáticas de glicose (SMELTZER et al., 2014).

A SBD ressalta que o DM tem como principal característica a hiperglicemia crônica, que a longo prazo, está associada a irreversíveis e incapacitantes danos sistêmicos, como disfunções e falência de vários órgãos, sendo os mais acometidos, olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos (BRASIL, 2016).

O DM dispõe de três principais tipos: 1, 2 e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). No DM1, há a destruição das células beta do pâncreas ocasionando a diminuição na produção de insulina, produção descontrolada de glicose pelo fígado e hiperglicemia em jejum. O DM2 resulta da diminuição da insulina endógena ou insulina aumentada com resistência celular e o seu comprometimento na eliminação, com menos eficiência relacionada à estimulação da captação da glicose pelos tecidos. O DMG envolve qualquer intolerância aos carboidratos com início durante a gravidez, na qual há uma diminuição da glicose na corrente sanguínea materna devido à sua rápida transportação através da placenta ocasionando a secreção crescente de Somatostatina Coriônica Humana – HCS (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009; BRASIL, 2016; CRUZ, 2011; RUDGE, 2013; SALES PERES et al., 2016).

As manifestações clínicas clássicas de todos os tipos de DM envolvem poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Os sinais e sintomas podem estar presentes no DM2, mesmo esses sinais agudos estando mais presentes no tipo 1, podendo evoluir para cetose, desidratação e acidose metabólica, principalmente na influência de estresse agudo (BRASIL, 2013).

Considerando a complexidade da evolução da doença, as pessoas acometidas pelo DM podem desenvolver outros problemas de saúde potencialmente incapacitantes, que se classificam em complicações agudas e crônicas. Dentre as agudas destacam-se a hipoglicemia, a cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar. Como exemplos de complicações crônicas estão presentes as alterações na microcirculação, que desencadeiam retinopatia e nefropatia; e na macrocirculação, levando à cardiopatia isquêmica, doença vascular periférica, além de neuropatias, afecções cutâneas e amputação de membros inferiores. Entre as complicações crônicas do DM, a ulceração e a amputação de extremidades, são algumas das mais graves e de maior impacto socioeconômico, sendo, infelizmente, ainda frequentes na nossa população (IDF, 2015; PASQUALOTTO et al., 2012).

Nessa lógica, as complicações do DM configuram-se umas das maiores causas de incapacidades e mortalidade, as quais podem afetar de diversas formas e se manifestar de maneiras diferentes em cada indivíduo, impactando sobremaneira a sua qualidade de vida (SMELTZER et al., 2014).

Diante da gravidade da doença, a maioria dos indivíduos com DM necessita de internação ao longo da vida, sobretudo porque as condições consequentes ao DM requerem tratamento e manejo adequado a nível hospitalar. No âmbito nacional, 25 a 35% dos diabéticos são internados a cada ano e 60% deles a cada quatro anos, como informa a SBD

(BRASIL, 2016).

O crescimento acentuado e exponencial do DM, a problemática instalada com as complicações da doença e o conseqüente impacto nas internações hospitalares evidenciam a necessidade de elaboração e implementação de estratégias eficazes para a prevenção, o controle e o tratamento do DM. Para tanto, é imprescindível a responsabilização compartilhada da tríade indivíduo-família-enfermeiro na gestão do cuidado em saúde, especialmente no planejamento e execução de medidas de educação em saúde, autocuidado, controle glicêmico, mudanças comportamentais, adesão ao tratamento e suporte familiar. A efetividade do cuidado nas distintas perspectivas da tríade supracitada contribui significativamente para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida dos pacientes.

A predileção em estudar a temática se deu frente às graves conseqüências das complicações do DM que afetam o indivíduo, a família e a sociedade de múltiplas formas, ocasionando altos custos, não somente socioeconômicos, mas físico, social e emocional. Aliás, muitos indivíduos que tem DM se tornam incapazes de exercer suas atividades diárias ou as exercem com alguma limitação em virtude das complicações, quando grande parte destas pode ser evitada com medidas de cuidado básico, como o controle glicêmico, o que é oportuno que seja citado, tendo em vista que a situação deste controle no Brasil é inquietante, já que segundo a SBD (BRASIL, 2016) 90% dos indivíduos possui diabetes mellitus tipo 1 e 73% que possui o DM tipo 2 estão com a taxa glicêmica fora da média. Acredita-se que uma das causas centrais desse panorama é a ausência de uma prática adequada de monitorização da glicemia, o que retarda o diagnóstico do descontrole e não permite a equipe de saúde tomar decisões terapêuticas mais eficazes.

Nessa lógica, torna-se conveniente destacar que o DM exige uma atenção integral e multidimensional, onde seja resguardado o direito a um tratamento contínuo e com estratégias multifatoriais, no intuito de reduzir não somente os níveis glicêmicos como também outros fatores de risco associados.

Diante do exposto foram levantados os seguintes questionamentos: Como são operacionalizadas as Consultas de Enfermagem (CE) ao paciente com DM na atenção primária? O enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família tem contribuído com a educação do paciente, familiares e cuidadores na prevenção e redução das complicações do DM? Que orientações e medidas essenciais são adotadas pelos enfermeiros para o efetivo cuidado ao paciente com DM? Para responder tais questionamentos, foram propostos os objetivos descritos adiante.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- Avaliar a assistência de Enfermagem na prevenção e redução de complicações do diabetes mellitus, sob a ótica de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer os elementos que integram a Consulta de Enfermagem ao paciente com diabetes mellitus no contexto na atenção primária à saúde;
- Identificar o conjunto de ações de Enfermagem na prevenção e redução de complicações do diabetes mellitus.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Considerações gerais sobre o diabetes mellitus

O DM é considerado um distúrbio clínico de etiologias heterogêneas, que caracteriza-se por anormalidades endócrino-metabólicas com ênfase na hiperglicemia, a qual resulta em uma deficiência absoluta ou relativa da função secretora do pâncreas e/ou uma ação deficiente de insulina nos tecidos alvos, ocasionando assim complicações micro e macro vasculares (SMELTZER et al., 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; ZACHARIAS et al., 2016).

De acordo com a IDF (2015), a falta, insuficiência e/ou ineficácia de insulina proporciona um aumento significativo de glicose no sangue, causando danos aos tecidos do corpo e promovendo complicações para a saúde do indivíduo que podem ser incapacitantes ou fatais. Essa condição crônica pode apresentar-se de três formas principais, denominados como DM1, DM2 e DMG. As demais formas de DM podem manifestar-se como resultado de uma mutação genética ou de forma secundária. O primeiro tipo é mais comum em jovens e recém-nascidos, e o segundo que surge como uma complicação de transtornos hormonais, por exemplo, ou lesões anatômicas no pâncreas causadas por agressões tóxicas e/ou infecções.

O DM1 atinge cerca de 10% do total de casos e acomete principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Definido como uma reação autoimune, neste tipo de DM, o sistema de defesa do corpo acaba por destruir as células betas do pâncreas que acarretam a deficiência de insulina, o que provoca a dependência exclusiva da insulina exógena. Pode ser subdividido em tipos 1A e 1B, onde no tipo 1A há a presença dos autoanticorpos anti-ilhota e anti-insulina que são marcadores de autoimunidade. Em menor dimensão, a causa desconhecida é definida por tipo 1 idiopático ou tipo 1B.

O DM2 afeta cerca de 90% dos casos e ocorre geralmente na fase adulta (após os 30 anos de idade) e indivíduos obesos, sendo definido como a resistência à insulina a partir do momento em que as reações intracelulares diminuem não efetivando a estimulação ideal da insulina para a captação de moléculas de glicose pelos tecidos e na regulação de sua liberação pelo fígado. Além disso, simultaneamente pode haver o comprometimento a secreção de insulina e o defeito na função celular beta-pancreática presente precocemente na fase pré-clínica dessa doença.

O DMG refere-se ao estado de hiperglicemia diagnosticado principalmente no segundo ou terceiro trimestre de gestação, devido as modificações hormonais que ocasionam condições favoráveis à diminuição da tolerância à glicose. Geralmente, após a gestação, especificamente no período pós-parto, há um retorno a normalidade da taxa de glicemia, podendo atentar apenas para o risco de desenvolvimento futuro do DM.

Há fatores que influenciam na vulnerabilidade ao desenvolvimento do DM1, são eles: I) Os fatores genéticos, nos quais os indivíduos não herdam, mas possuem uma predisposição genética que está associada com a presença de alguns antígenos leucocitários humanos (HLA); II) Os fatores imunológicos que propiciam o desenvolvimento do DM a partir de uma resposta autoimune, estimulando o corpo a produzir anticorpos que atacam as células betas das ilhotas, como também moléculas de insulina; e III) Os fatores ambientais como a atuação de vírus que podem destruir as células-beta ou precipitar a resposta autoimune para que haja a destruição dessas células (BRASIL, 2016).

No que se refere aos fatores de risco do DM2, pode-se considerar a hereditariedade como um dos mais importantes, embora possa influenciar ainda mais quando o indivíduo é obeso, pois pessoas nesta condição necessitam de mais insulina para metabolizar os alimentos ingeridos. Devido a isso, acontece a hiperglicemia pela tentativa de suprir as necessidades do corpo com insulina ou quando acontece de não haver receptores suficientes para a captação. A idade também é um fator importante, devido ao pâncreas se tornar mais lento ao liberar insulina com o passar dos anos. Outras causas incluem acromegalia, síndrome de Cushing, tirotoxicose, feocromocitoma, pancreatite crônica e o uso de alguns medicamentos. Outros fatores encontrados para aumentar o risco de DM2 são o envelhecimento e dieta rica em carboidratos, juntamente com um estilo de vida sedentário, gravidez e estresse (SBD, 2016).

Os sinais e sintomas mais característicos do DM são classificados como um conjunto de “quatro P’s”, sendo eles a poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso corporal. Estes podem estar presentes em todos os tipos e subtipos do DM, podendo haver também outras manifestações clínicas, tais como: fraqueza, letargia, infecções recorrentes, fadiga. Embora seja um agravo assintomático, a suspeita clínica pode ocorrer a partir dos fatores de risco que o indivíduo esteja sendo exposto (BRASIL, 2013; MEDEIROS et al., 2014; SBD, 2016).

No que concerne às complicações do DM, pode-se dividi-las em agudas e crônicas. As primeiras são consideradas emergências clínicas, categorizadas em três principais tipos e estão associadas a desequilíbrios em curto prazo nos níveis de glicemia, são elas: hipoglicemia, Cetoacidose Diabética (CAD) e estado hiperosmolar hiperglicêmico.

Referindo-se as complicações crônicas, estas podem ser classificadas em microvasculares, macrovasculares e neuropáticas. A retinopatia e nefropatia são resultados das alterações microvasculares; já cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica, são portanto, consequências das alterações macrovasculares. As complicações degenerativas mais frequentes são o infarto agudo do miocárdio, a arteriopatia periférica, o acidente vascular cerebral e a microangiopatia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016; GINTER, 2012; SMELTZER et al., 2014).

2.1.1 Complicações agudas do diabetes mellitus

A hipoglicemia é uma condição frequente em pacientes em uso de insulina. Ocorre quando a glicemia cai para menos de 50 a 60 mg/dl, devido a uma quantidade excessiva de insulina ou de agentes hipoglicemiantes orais, muito pouco alimento ou atividade física excessiva, ocorrendo frequentemente antes das refeições. As manifestações clínicas podem ser agrupadas em duas categorias: sintomas adrenérgicos e sintomas do Sistema Nervoso Central (SNC).

A hipoglicemia pode ser leve, em que devido à diminuição dos níveis glicêmicos, o sistema nervoso simpático é estimulado, provocando um advento de epinefrina e norepinefrina, o que gera sintomas como sudorese, tremores, taquicardia, palpitação, nervosismo e fome. Na hipoglicemia moderada, a queda do nível de glicemia impede as células cerebrais de energia necessária para manter seu funcionamento, acarretando sinais de comprometimento no SNC, que incluem incapacidade de se concentrar, cefaleia, tonturas, confusão, lapsos de memória, dormência nos lábios e língua, coordenação comprometida, fala arrastada, visão dupla e sonolência. Na hipoglicemia grave ocorre grande comprometimento da função do SNC e os sintomas incluem, além de comportamento desorientado, convulsões, dificuldade em despertar do sono e perda da consciência, que se prolongada, pode causar danos cerebrais irreversíveis (SBD, 2009; SMELTZER et al., 2014).

A CAD é a principal complicação aguda no DM1, a qual pode se desencadear devido a fatores como omissão de insulina ou situação de estresse agudo, como infecções, emergências cardiovasculares ou traumas. Caracteriza-se por uma associação de hiperglicemia, desidratação e perda de eletrólitos e acidose, sendo causada pela ausência ou quantidade inadequada de insulina, o que resulta em distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (SBD, 2009; SMELTZER et al., 2014).

O estado hiperosmolar hiperglicêmico é a complicação aguda grave mais comum no DM2, com taxa de mortalidade de 15%. Caracteriza-se por glicemia acentuada, desidratação e hiperosmolaridade plasmática. Pode se desencadear devido a infecções, Acidente Vascular Encefálico (AVE), traumas, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), queimaduras, entre outras (SBD, 2009).

2.1.2 Complicações crônicas do diabetes mellitus

As complicações desencadeadas em longo prazo estão tornando-se cada vez mais comuns à medida que o número de pessoas que vivem com o DM aumenta. Tais complicações podem acometer diversos sistemas do organismo, o que contribui para uma situação incapacitante (SMELTZER et al., 2014).

O risco de desenvolver complicações crônicas graves é muitas vezes superior ao de pessoas sem diabetes – 30 vezes para cegueira, 40 vezes para amputações de membros inferiores, 2 a 5 vezes para IAM e 2 a 3 vezes para AVE. A patogenia dessas complicações ainda não está totalmente definida, mas sabe-se que a duração do DM é um fator de risco importante. As doenças isquêmicas cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces em indivíduos com DM, comparativamente aos demais (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, o controle da hiperglicemia assume grande importância na prevenção das complicações microvasculares, bem como a sua detecção precoce. A retinopatia diabética é uma das complicações microvasculares, onde a perda da acuidade visual é comum após dez anos de diagnóstico, acontecendo em 20% a 40% dos pacientes mais idosos, sendo assintomática na fase inicial (BRASIL, 2013).

A nefropatia diabética é uma complicação microvascular que pode causar morte prematura por uremia ou problemas cardiovasculares, considerada a principal causa de doença renal crônica. É classificada em fases: normoalbuminúria, microalbuminúria (ou nefropatia incipiente) e macroalbuminúria (nefropatia clínica ou estabelecida ou proteinúria clínica) de acordo com valores crescentes de excreção urinária de albumina (BRASIL, 2013).

A neuropatia diabética apresenta-se por meio de variados sinais e sintomas, dependentes de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas, e varia de assintomática até fisicamente incapacitante. Também existem as neuropatias sensitivo-motoras, em que o período sintomático é caracterizado por diminuição ou de sensibilidade, dormência e, muitas vezes, parestesias. Em sua forma grave há limitação

funcional e com altas chances para ulceração nos membros inferiores (BRASIL, 2013; SMELTZER et al., 2014).

O critério para o diagnóstico do DM consiste na elevação dos níveis de glicemia, analisados pelos níveis de Glicose Plasmática em Jejum (GPJ), Glicose Plasmática Aleatória (GPA) e nível de glicose dentro de 2h após a administração de glicose. Além do histórico e da avaliação diagnóstica, é necessário realizar uma avaliação contínua a fim de evidenciar possíveis complicações. É necessário considerar ainda a história clínica do indivíduo, como a investigação dos sintomas relacionados, estilo de vida, pressão arterial, índice de massa corporal, exame dos membros, fundoscopia, entre outros (SMELTZER et al., 2014).

A meta mais importante do tratamento do DM é normalizar a atividade da insulina e os níveis de glicose para que assim, possa reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas. Para que haja um controle glicêmico se faz necessária a realização da monitorização da glicemia. Também é recomendada a monitorização da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia a todas as pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2 em uso de insulina em doses múltiplas. O manejo terapêutico envolve ainda a adoção de terapias nutricionais com planejamento das refeições, acompanhadas ou não de terapias farmacológicas de primeira linha como a metformina, ou insulino terapia, além da opção de agentes antidiabéticos orais, como as biguanidas. A prática de exercícios físicos e a educação do paciente e o suporte familiar constituem outros importantes pilares do tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013; BRASIL, 2013; SMELTZER et al., 2014).

O cuidado de enfermagem frente aos indivíduos com DM envolve uma variedade de vertentes que vão desde as orientações sobre estilos de vida e tratamento, até o desenvolvimento de planos de ações e intervenções que visem mudanças no autocuidado apoiado e no encorajamento e empoderamento desses pacientes diante da sua condição de saúde, pois há um grande impacto após o diagnóstico. Dessa forma, a Enfermagem pode contribuir na elaboração de estratégias de apoio para o autocuidado, prevenção de complicações e contribuir para uma maior qualidade de vida, incentivando a adesão ao tratamento.

2.2 Rede de atenção à saúde em diabetes mellitus

2.2.1 Bases conceituais, legais e operacionais das Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) originaram-se no Reino Unido, na década de 1920. Visando mudanças no sistema de proteção social do país após a I Guerra Mundial, as RAS foram elaboradas no Relatório Dawsons, onde consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, na qual os serviços deveriam acontecer a partir de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz, sendo acessíveis e que oferecesse cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito domiciliar quanto nos centros hospitalares e secundários (BRASIL, 2012).

Combinações de serviços e ações, de distintas densidades tecnológicas findadas por meio de sistemas de apoio, sejam técnico, de gestão ou logístico, as RAS objetivam a melhoria da qualidade de qualquer atenção prestada e visam garantir que esse cuidado seja longitudinal por meio de medidas e ações compiladas de prevenção e tratamento de doenças, promoção e proteção da saúde. Com isso, busca promover a integralidade do cuidado a fim de gerar um ciclo de atendimento aos usuários em diversos pontos da rede de atenção (BRASIL, 2010; SANTOS et al., 2015).

De acordo com Mendes (2009), não há possibilidade de se estruturar uma RAS sem uma população adscrita, a qual é organizada a partir da territorialização, sendo de total responsabilidade da rede, pois é reconhecida e registrada num sistema de informação. Entretanto não basta conhecer a população total, esta deve ser subdividida em subpopulações por fatores de risco e condições de saúde. Além disso, o autor destaca que as redes devem ser estruturadas de forma operacionalizada. Outro ponto importante a ser considerado, é que para que uma rede seja devidamente estruturada, é necessário um modelo de atenção à saúde, o qual organiza o funcionamento das redes, articulando as relações entre seus componentes e as intervenções realizadas diante dos fatores determinantes de saúde.

O modelo de atenção à saúde prevê cinco níveis de intervenções em saúde: intervenções de promoção da saúde, prevenção das condições de saúde, gestão da condição de saúde simples, gestão da condição de saúde complexa e gestão de caso para as condições de saúde muito complexas (BRASIL, 2014; MENDES, 2012).

Ademais, as RAS são construídas por meio dos mecanismos de integração horizontal e vertical. A integração horizontal acontece entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de condensar a cadeia produtiva obtendo ganhos de escala e maior eficiência e competitividade. A integração vertical, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor (BRASIL, 2014; MENDES, 2012).

A estrutura operacional da RAS é formada pela Atenção Primária à Saúde (APS), pela Atenção Especializada (AE), pelos Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT),

pelos Sistemas Logísticos (SL) e pelo Sistema de Governança (SG). A APS é o centro de comunicação da rede e é coordenadora do cuidado. A AE reúne os diversos pontos de atenção com densidades tecnológicas distintas, como os ambulatorios, as emergências e os hospitais, devendo complementar os serviços da atenção básica de forma resolutiva (SANTOS, 2015).

Nesse sentido, as redes lidam com processos complexos de gestão e atenção em saúde, em que há a relação de diferentes agentes, onde manifesta-se uma crescente demanda por ampliação de acesso aos serviços públicos e por participação da sociedade. As redes devem ter uma visão holística da sociedade, ofertando cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde. Assim, de acordo com o anexo da Portaria GM nº 4.279/2010 instituída no Sistema Único de Saúde (SUS), as RAS são definidas como “*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*” (BRASIL, 2010).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS, 2014), a RAS garante acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde, podendo oferecer ação integral, assegurando os princípios de universalidade, equidade e integralidade. O Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto de Gestão, estabelece a necessidade de organizar redes regionalizadas; e em sua dimensão do Pacto pela Vida, estabelece como uma de suas prioridades, o fortalecimento da Atenção Básica. Desse modo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece como competência dos municípios, organizar o fluxo de usuários, visando à garantia do acesso aos serviços e das ações por eles ofertadas no âmbito da Atenção Básica.

Segundo a OMS (OMS, 2014), a RAS, para ser efetiva e de qualidade, deve estruturar-se com base nos fundamentos de economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

Fundamentadas na Portaria GM/MS nº 4.279/2010, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de junho de 2011 a fevereiro de 2013, são elas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a qual será dada ênfase neste capítulo (BRASIL, 2015).

Consideram-se doenças crônicas aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, as quais apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. As doenças crônicas são a principal causa de morte no mundo, em que o DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atingem altos índices no Brasil e no mundo (BRASIL, 2014). A estrutura organizacional da RAS em DM será apresentada no tópico a seguir.

2.2.2 Componentes organizativos da Rede de Atenção à Saúde em Diabetes Mellitus

O Brasil apresenta um processo de envelhecimento populacional e uma situação de transição das condições de saúde, em que há o aumento das condições crônicas. As doenças crônicas causam grandes impactos, pois determinam grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causando mortes prematuras, o que ocasiona repercussões negativas para a pessoa, família e sociedades. Tal fato está relacionado a redução das atividades de trabalho, perda de produtividade e da qualidade de vida (MENDES, 2011).

Diante do atual cenário demográfico visualizado na nossa sociedade, situações como o envelhecimento populacional, o alto índice de obesidade e sedentarismo, propiciam uma multiplicidade de fatores de riscos que convergem para o aumento da prevalência das doenças crônicas, a exemplo do DM, cujas proporções apresentam-se de modo crescente e alarmante. Face a este desenho epidemiológico, suscita-se a necessidade de uma assistência organizada em linhas de cuidado que possa garantir ao paciente/usuário/cliente acesso ao cuidado longitudinal na atenção primária e nos demais níveis de atenção a saúde, solidificando o cuidado integral ao indivíduo na RAS (BRASIL, 2013; SANTOS et al., 2011; SBD, 2016).

O DM é uma doença crônica de grande impacto social e de alta prevalência nas diversas faixas etárias. Consiste em importante fator de risco cardiovascular e cerebrovascular que exige cuidados permanentes para o seu controle, pois gera efeitos negativos na qualidade de vida dos indivíduos devido às graves complicações a ela relacionadas (SMELTZER et al., 2014).

Em 2013, o Ministério da Saúde em seu caderno da atenção básica, traçou estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, trazendo como foco a linha de cuidado frente ao DM, a qual visa fortalecer e qualificar a atenção frente à pessoa com esta doença por meio da integralidade e longitudinalidade do cuidado em todos os pontos de atenção. Para instituir e manter o cuidado de modo sistemático faz-se necessário o apoio de uma equipe

multiprofissional capacitada e insumos para favorecer um melhor controle metabólico (BRASIL, 2013).

Anteriormente a esta proposição do Ministério da Saúde, diante da crescente necessidade de formular políticas que complementassem as demandas em doenças crônicas, o governo do Estado de São Paulo, em março de 2001, promulgou a lei nº 10.782, a qual definiu diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral a saúde da pessoa com DM, no âmbito do SUS (BRASIL, 2001). No ano de 2002, com o objetivo de reduzir o número de internações, procura pelo pronto-atendimento nas Unidades Básicas, gastos com tratamento das complicações crônicas, aposentadorias precoces e alto índice de mortalidade, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao DM (SANTOS, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e Mendes (2012), as Linhas de Cuidado (LC) devem ser organizadas de acordo com as necessidades de saúde do usuário. As equipes de saúde dos diversos níveis de atenção são as responsáveis pelo cumprimento das LC em DM, organizadas em diversificados componentes, como pode ser observado na Figura 1.



Figura 1 – Proposta de linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus.

Fonte: BRASIL, 2012; MENDES, 2012.

Nessa perspectiva, a operacionalização das RAS se dá por meio de estruturas que visam a garantia da assistência e um cuidado multiprofissional, como por exemplo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que contribui na organização da atenção básica, e funciona como estratégia de expansão, qualificação, sendo resolutiva e coordenando o cuidado, reconhecendo as necessidades da população, identificando riscos e necessidades das demandas (BRASIL, 2012).

Outro importante subsídio a ser considerado na RAS em DM é o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos (HiperDia), proposto pelo Ministério da Saúde com o objetivo de orientar gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção e ampliar a compreensão sobre o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. Esta ferramenta destina-se ao cadastramento e acompanhamento dos pacientes atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular a todos as pessoas cadastradas (BRASIL, 2011).

Diante exposto, é evidente que atenção ao DM requer um cuidado intersetorial, multiprofissional e sob a forma de rede, sobretudo pela complexidade inerente à doença, sintomatologia, complicações e efetividade da adesão às variadas dimensões terapêuticas. O acesso a diferentes níveis de complexidade da assistência à saúde, com acompanhamento contínuo voltado para intervenções singulares; fluxos funcionantes entre os pontos da rede; e garantia da integralidade e autocuidado apoiado dentro dos pressupostos da clínica ampliada, têm papel fundamental no sucesso no controle dos níveis glicêmicos, redução de complicações e melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2001).

2.3 As múltiplas dimensões do cuidar na prevenção de complicações do DM

Resultados de estudos recentes demonstram a magnitude do problema relacionado ao DM e apontam sua elevada incidência em todo o mundo, considerando-o um alarme constante à saúde pública. A SBD aponta que a maior sobrevivência de indivíduos com DM aumenta as chances de desenvolvimento das complicações crônicas da doença, sendo estas associadas ao tempo de exposição à hiperglicemia e a outras condições patológicas, o que conforma uma complexa realidade (BRASIL, 2016; SBD, 2016).

A natureza complexa do adoecimento por DM influencia diretamente na saúde do indivíduo, apresentando assim, a necessidade de cuidados específicos e holísticos a fim de promover saúde e contribuir na eliminação ou redução de complicações (LEAL, 2012). Face a

esta conjuntura, uma assistência eficaz ao indivíduo com DM é fundamental para proporcionar a integralidade do cuidado diante das suas necessidades, a qual sugere-se envolver múltiplas dimensões do cuidar associadas a três principais eixos: assistência de enfermagem, o autocuidado e a contribuição do familiar e/ou cuidador no manejo terapêutico.

2.3.1 Eixo 1: Assistência de Enfermagem

Como foi destacado em capítulos anteriores, o DM é uma síndrome metabólica complexa que exige uma atenção integral. Para tanto, tornam-se necessárias intervenções efetivas, ações e cuidados baseados no conhecimento clínico e no julgamento científico, a serem executadas pela equipe multiprofissional – sendo a Enfermagem a profissão a ser enfatizada neste tópico, a qual tem uma considerável contribuição na execução de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2016).

Assim, faz-se necessário identificar as principais características do perfil epidemiológico da população acometida por DM, bem como suas condições socioeconômicas, hábitos, estilos de vida e suas necessidades de saúde. Diante disso, as ações de Enfermagem devem ser desenvolvidas para a população de acordo com as suas necessidades básicas, visando à redução de fatores de risco que constituem ameaça à saúde podendo provocar complicações como incapacidades, limitações e invalidez. Com isso, tornam-se relevantes ações de reabilitação que promovam por meio da sua recuperação, seja parcial ou total, a reintegração do indivíduo ao seu ambiente social, propiciando uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 1990).

Por meio do Processo de Enfermagem (PE), a dimensão do "cuidar" efetivo em Enfermagem deve basear-se em um método que vise contribuir com a resolutividade das necessidades dos pacientes e promova o cuidado integral e individualizado (SCAIN, 2013; OLIVEIRA, 2010).

O PE é considerado uma conduta designada a resolver problemas e atender as necessidades do indivíduo e da enfermagem, de forma que sejam ofertados todos os cuidados pertinentes. Esse instrumento metodológico do cuidar se concretiza a partir das seguintes etapas: I) Levantamento de dados, o qual possibilita a coleta de informações relativas ao cliente por meio da anamnese e exame físico, identificando o estado de saúde que o indivíduo se encontra e a sua predisposição a outras respostas diante do processo saúde-doença; II) Diagnóstico de enfermagem, que se dá pelo julgamento clínico das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais, que condicionam o planejamento da assistência; III)

Planejamento da assistência de enfermagem, que determina as metas a serem alcançadas a partir de um plano de cuidados construído de modo singularizado; IV) Implementação da assistência de enfermagem, que é a execução do plano de cuidados a partir das prescrições de enfermagem; e V) Avaliação da assistência de enfermagem, responsável pela análise dos resultados previstos no plano de cuidados e postos em prática (BRITO, 2016; SBD, 2016; SMELTZER, BARE, 2010; OLIVEIRA, 2011).

As intervenções devem ocorrer a partir da definição de um Diagnóstico de Enfermagem (DE), de modo a coordenar o cuidado, permitindo a sistematização das informações e uma assistência de enfermagem eficiente e resolutiva (SCAIN, 2013). Diante disso, segue alguns parâmetros que devem ser analisados regularmente, conforme evidencia o Quadro 1.

COLETA DE DADOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Hiperglicemia ou hipoglicemia; Diminuição de sensibilidade em MMII.	Risco de integridade da pele prejudicada	* Manter a pele hidratada; * Orientar e identificar quanto as possíveis modificações na pele e para os cuidados com os pés.
Monitorização do nível de glicemia alterado.	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	* Orientar quanto à ingesta de alimentos a cada 3 horas; * Atentar para a monitorização glicêmica; * Encaminhar para um nutricionista.
Estado, sintomas e tratamento das complicações do DM.	Estilo de vida sedentário	* Orientar quanto à prática de atividades físicas regulares; * Estimular a mudança para hábitos de vida saudáveis.
Estilo de vida e fatores biopsicossociais que podem comprometer o tratamento.	Risco para perfusão tissular cardíaca, renal, periférica e/ou cerebral ineficaz.	* Investigar existência de distúrbios cardiovasculares; * Recomendar acompanhamento clínico laboratorial regular, para monitorização; * Investigar fatores que determinem o adoecimento, como hábitos não saudáveis.

Quadro 1 – Respostas humanas, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem associadas ao DM.

Fonte: SMELTZER; BARE, 2010; NANDA, 2017.

A implementação de cuidados, a partir de DE prioritários, constitui uma ferramenta para auxiliar no controle metabólico dos pacientes, contribuindo para a qualidade de vida (SBD, 2016). A partir disso, inicia-se o processo de confiança e vínculo entre o cliente, o familiar e/ou cuidador e o enfermeiro, onde este último é responsável por acolhê-los de forma efetiva, possibilitando fortalecimento de vínculos, e como consequência, uma adesão solidificada ao tratamento, acoplados a resultados satisfatórios (FLORA, 2016).

2.3.2 Eixo 2: A educação e a importância do autocuidado

O DM, por ser uma condição crônica, exige uma prática educacional integrada de cuidados clínicos, de educação e de incentivo ao autocuidado. Durante o processo do acompanhamento dos pacientes, a Educação em Diabetes deve ser vista e incorporada visando garantir o controle da doença e de suas complicações, não devendo restringir-se apenas às pessoas com diabetes, mas sim envolver profissionais de saúde, gestores dos serviços, familiares e/ou cuidadores, e toda a comunidade. No que se refere à educação continuada, devem-se utilizar medidas que estimulem o autocuidado, fornecendo orientações sobre qualidade de vida e a relevância de ações que diminuam as chances de desenvolver complicações (SBD, 2016; SCAIN, 2013).

Conforme Souza et al. (2015), o autocuidado envolve, sobretudo, motivação, autonomia, decisão e iniciativa. A adoção das medidas de autocuidado advinda do próprio paciente é indispensável para a estabilidade da doença, considerando que as mudanças no estilo de vida influenciam diretamente na manutenção dos níveis de glicose, propiciando uma melhor qualidade de vida.

Diante disso, a Associação Americana de Educadores em Diabetes (AAED, 2016) determinou sete comportamentos que devem ser praticados pelos pacientes com diabetes após um trabalho educativo efetivo, os quais estão ilustrados na Figura 2 a seguir:



Figura 2 - Sete comportamentos que devem ser praticados pelos pacientes com diabetes após um trabalho educativo efetivo. Fonte: AAED, 2016.

É de extrema importância instruir o cliente sobre o impacto positivo na evolução da doença mediante a incorporação de hábitos alimentares saudáveis, de prática de exercícios físicos regularmente, monitorização de níveis glicêmicos, adoção do tratamento, além de obter comportamentos que evitem riscos de complicações, como redução do consumo de álcool e rejeição do tabaco (AADE, 2016; SBD, 2016).

O processo ilustrado na Figura 2 permite que o paciente, familiares e/ou cuidadores assimilem a importância de tais conhecimentos e desenvolvam atitudes e comportamentos adequados; compreendam a ação dos medicamentos, fazendo uso de forma adequada; e tenha capacidade de resolver problemas, como condutas corretas no controle de hipoglicemia e hiperglicemia, o que contribui no equilíbrio emocional para a convivência com o diabetes, melhorando a qualidade de vida e evitando e/ou adiando as complicações. Desse modo, o enfermeiro colabora para que o paciente e seus familiares e/ou cuidadores enxerguem o DM como parte integrante da sua vida e não como uma ameaça constante. A adequada orientação para o autocuidado promove educação continuada e conhecimento sobre a doença, contribuindo para a sensibilização por parte do paciente e melhor adesão ao tratamento (BRASIL, 2016; SBD, 2016).

De acordo com Faria (2014), a adesão é denominada como à medida que o comportamento do indivíduo – tomar medicação, seguir plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida – corresponde às orientações fornecidas pelo profissional de saúde. A falta de adesão ao tratamento no controle do DM é, sobretudo, um desafio a ser enfrentado, tornando-se relevante buscar estratégias de intervenções que induzam a diminuição dessa situação.

A SBD (2016) ressalta que a adesão ao tratamento do diabetes envolve muitos comportamentos diferentes. Diante disso, não se deve classificar o indivíduo como aderente ou não e sim analisar o contexto no qual os comportamentos de autocuidado ocorrem ou deixam de ocorrer. As razões associadas a não adesão ao tratamento podem ser classificadas em três aspectos principais: 1) características do tratamento; 2) comportamentos do paciente; e 3) fatores sociais (Quadro 2).

PRINCIPAIS OBSTÁCULOS PARA UMA BOA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS		
CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO	COMPORTAMENTOS DO PACIENTE	FATORES SOCIAIS
* Longa duração; * Grande complexidade;	* Ausência de habilidades necessárias para o	* Dificuldades na relação entre os profissionais de saúde e o

<ul style="list-style-type: none"> * Grande frequência de cuidados; * Necessidade de mudança no estilo de vida; * Interferência em atividades sociais relacionadas ao comer e beber; * Efeitos colaterais; * Riscos associados; * Custo financeiro do tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> autocuidado; * Pobre motivação para o tratamento; * Crenças errôneas a respeito da doença e do tratamento; * Dificuldade de uma adaptação emocional à doença (negação, medo, culpa, tristeza, vergonha). 	<ul style="list-style-type: none"> paciente; * Falta de apoio da família; * Falta de apoio fora da família.
---	---	--

Quadro 2 - Fatores que dificultam a adesão ao tratamento em DM.

Fonte: SBD, 2016.

Um dos principais fatores sociais associados à baixa adesão ao tratamento é a deficiente comunicação entre o profissional da saúde e o paciente. A utilização de uma linguagem técnica de difícil compreensão, empregada por profissionais da saúde, e instruções básicas fornecidas por estes impedem que a pessoa entenda com clareza sobre quais são os comportamentos de autocuidado necessários. Além disso, falta de apoio dentro e fora da família, a discriminação do indivíduo com DM, sua exclusão do ambiente social e a penalização, são outros fatores associados com a não adesão ao tratamento (SBD, 2016).

Segundo a SBD (2016), as abordagens terapêuticas para todos os tipos de diabetes não exigem um envolvimento apenas por parte dos pacientes, mas sim das pessoas que lhes fornecem apoio social – especialmente a família, a qual será enfatizada no próximo tópico.

2.3.3 Eixo 3: A importância da família no cuidado ao indivíduo com DM

É relevante considerar que o DM causa impactos na vida familiar, uma vez que após o diagnóstico da doença, frequentemente a rotina passa a girar em torno da mesma. Assim, o cuidado efetivo do diabetes requer um envolvimento de toda a família (BELTRAME, 2012; SBD, 2016).

Beltrame (2012) e Leal (2014) destacam a importância da família no encorajamento ao paciente para que o diagnóstico seja mais bem aceito. Pois, segundo os autores, o diagnóstico de uma doença crônica pode desencadear perda da autoimagem, sendo comumente acompanhada de negação, revolta e depressão. Os familiares e amigos podem contribuir significativamente, sendo coparticipantes do tratamento e fornecendo apoio e motivação, de

modo a tornar mais tranquila à fase de aceitação da doença, adesão ao tratamento e adoção de medidas de autocuidado.

Alguns autores consideram que as relações familiares consistem na variável mais importante para prever a adesão ao tratamento nos primeiros anos da doença. Quando há coesão, organização e apoio familiares há uma melhor adesão ao tratamento e um melhor controle metabólico. O trabalho em parceria envolvendo pacientes e seus familiares, as equipes de saúde e grupos de apoio da comunidade têm sido indicadas como uma forma inovadora no cuidado às pessoas em condições crônicas (BELTRAME, 2012; SBD, 2016).

Para que haja o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde adequados às famílias em situação de adoecimento crônico é essencial que se tenha conhecimento sobre o contexto familiar (PENNAFORTE, 2016).

Nessa lógica, a articulação entre os três eixos citados no manejo dos cuidados ao paciente com DM é fundamental para minimizar a ocorrência de complicações da doença e, por conseguinte, potencializar uma atenção especializada que favoreça orientações, hábitos, procedimentos e um contexto educacional global que possibilitem determinar melhores níveis de qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Consta de um estudo de campo observacional e descritivo, com abordagem qualitativa. De acordo com Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa de campo caracteriza-se pela investigação prática realizada no cenário onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo.

A observação é uma técnica de coleta de dados que visa obter informações utilizando os sentidos na aquisição de determinados aspectos da realidade, a qual auxilia o pesquisador a identificar elementos a respeito de objetivos sobre os quais o indivíduo não tenha conhecimento, mas que guia o seu comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2010). Gil (2010) complementa que o estudo observacional possibilita o mais elevado grau de precisão nas ciências sociais.

As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição de características de determinada população, podendo ser elaboradas com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis, possibilitando levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010). Segundo Terence e Filho (2006), no estudo qualitativo o pesquisador aprofunda na compreensão dos fenômenos que estuda ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social, interpretando segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada.

É oportuno destacar que esta pesquisa consta de um recorte de projeto mais amplo “*Atenção à saúde em diabetes mellitus: as múltiplas dimensões do cuidado na prevenção e redução de complicações*”, cujo objetivo central é avaliar este cuidado a partir da percepção do enfermeiro, do paciente acometido pelo DM e da família. Neste estudo, a avaliação está centrada apenas no enfermeiro.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Esperança, no estado da Paraíba, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde. Considerada o Lúrio verde da Borborema, a cidade de Esperança está localizada na

mesorregião do Agreste paraibano, à 159 km da capital do estado, João Pessoa. O clima é tropical, a área territorial é de 161,138km² e de acordo com o censo realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2016, sua população estimada era de 33.031 habitantes. As USF's selecionadas para compor o cenário da pesquisa foram aquelas localizadas geograficamente na zona urbana do município, consistindo em 07 (sete) USF's.

Salienta-se que a escolha do local do estudo partiu da necessidade de compreender quais aspectos envolvem a assistência de enfermagem na prevenção e redução de complicações no âmbito da atenção primária à saúde. Para atender aos objetivos propostos no estudo, a USF foi considerada como unidade de informação para coleta de dados do enfermeiro atuante na ESF.

3.3 População e amostra

Conforme fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Esperança (2017), há 11 (onze) USF's no município, sendo as 07 (sete) localizadas na zona urbana, que participaram desse estudo. Considerando que cada USF dispõe de 01 (um) enfermeiro, a população deste estudo equivale a 07 (sete) enfermeiros. Como critério de inclusão para a elegibilidade dos sujeitos foi considerado somente o efetivo exercício na USF e realizar o acompanhamento do Programa Hiperdia há, no mínimo, 06 (seis) meses.

Com base nos critérios de inclusão mencionados, no período de coleta de dados 01 (uma) enfermeira estava de licença maternidade, a qual foi excluída da pesquisa, pois não estava apta perante os critérios de inclusão. Dessa forma, esta investigação contou com a participação de 06 (seis) enfermeiros entrevistados.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir da utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice B).

O instrumento foi elaborado pelos pesquisadores participantes exclusivamente para esta investigação, dentro do projeto universal, contendo questionamentos de natureza objetiva e subjetiva. Para guiar o processo de coleta foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada, a qual permitiu aos participantes da pesquisa espontaneidade, fluência do discurso e possibilidade de expressão das emoções e sentimentos dada à flexibilidade deste

tipo de entrevista. Tudo o que foi expresso pelos participantes foi gravado por um aparelho de MP3 *player*. A entrevista semiestruturada caracteriza-se por indagações básicas embasadas em hipóteses que se relacionam a temática do estudo, sendo assim dando ideia de novas hipóteses que surgem com as respostas dos entrevistados (BOGDAN; BIKLEN, 2010).

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Anteriormente à coleta foram seguidos os seguintes passos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional à Coordenadora da ESF do município de Esperança, para realizar a pesquisa nas referidas USF's, com sua devida assinatura, bem como a autorização do Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Instituição proponente) com a devida assinatura da folha de rosto; 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

Logo após autorização do CEP, as atividades de coleta foram realizadas no mês de novembro de 2017, com prévia comunicação da Coordenadora da Atenção Básica aos enfermeiros das referidas unidades com a finalidade de permitir o acesso. Na coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido, explicado e assinado antes da entrevista.

3.6 Análise de dados

Tendo por base a natureza qualitativa da pesquisa, os dados foram analisados com a utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005), que consiste em um discurso síntese elaborado com trechos de discursos de sentidos semelhantes. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, o DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.

Conforme, Lefèvre e Lefèvre (2005), o DSC enumera, organiza e articula uma série de operações por meio de questões abertas, as quais redundam ao final do processo, em

depoimentos coletivos confeccionados com expressões de diferentes depoimentos, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso.

A técnica é constituída de figuras metodológicas que possibilitam a tabulação dos dados provenientes dos relatos das participantes envolvidas no estudo, para, posteriormente, serem consolidados em um único discurso. Neste sentido para viabilizar este estudo, serão respeitados os passos operacionais apresentados abaixo, conforme referem Lefèvre e Lefèvre (2005):

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, obtidas para cada uma das questões norteadoras para o estudo. As expressões-chave denotam a prova discurso-empírico da verdade das ideias centrais;

2. Identificação da ideia central de cada uma das expressões-chave, constituindo a síntese dos conteúdos dessas expressões, ou seja, o que elas querem dizer efetivamente;

3. Identificação das ideias semelhantes ou complementares considerando as mesmas respostas de um questionamento proposto para a pesquisa, transcrevendo-se literalmente os termos utilizados pelas participantes do estudo;

4. Reunião das expressões-chave frente às ideias centrais, semelhantes ou complementares em um discurso-síntese, como se todas tivessem sido proferidas por um mesmo indivíduo, construindo o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC.

Após a realização das entrevistas com todos os participantes do estudo, os depoimentos foram cautelosamente transcritos na íntegra e todos os passos para a operacionalização da análise através da técnica proposta foram seguidos.

3.7 Aspectos Éticos

A eticidade do presente estudo tem como fundamento as considerações da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério de Saúde que regulamenta os princípios éticos das pesquisas científicas com seres humanos, prezando pelo respeito à dignidade humana e proteção dos participantes. Do mesmo modo, a Resolução nº 311 de 2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que rege pelo código de ética dos profissionais de enfermagem (BRASIL, 2012; COFEN, 2007).

Portando, os aspectos éticos que foram respeitados nessa pesquisa asseguraram o anonimato dos participantes do estudo, a autonomia que tiveram de desistir do estudo a

qualquer momento sem o sofrimento de penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro, bem como o sigilo das informações coletadas (BRASIL, 2012).

Ademais, foi esclarecido ao convidado a sua importância ao participar da pesquisa, a fim de apresentar o objetivo e evidenciar a proposta do estudo obtendo a autorização do mesmo através do consentimento com a assinatura no TCLE. A utilização dos dados obtidos nessa pesquisa foi feita exclusivamente conforme o consentimento do participante, a fim de cumprir as determinações estabelecidas pelas Resoluções supracitadas anteriormente (BRASIL, 2012; COFEN, 2007).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa foram obtidos a partir da coleta de dados realizada com os enfermeiros atuantes nas USF's da zona urbana do município de Esperança – PB. Nesse sentido, serão apresentados nesse capítulo a análise e discussão dos resultados alcançados a partir das entrevistas realizadas. Para uma melhor compreensão das informações contidas neste capítulo, foram elaborados dois tópicos: I) Caracterização do perfil socioprofissional; e II) Atenção à saúde em diabetes mellitus: o cuidado do enfermeiro.

4.1 Caracterização do perfil socioprofissional

A amostra do estudo foi composta por 06 enfermeiras e o perfil socioprofissional dos participantes da pesquisa está disposto na Tabela 1, em que foram contempladas cinco variáveis, sendo elas: sexo, faixa etária, tempo de atuação, titulação e especialização.

Tabela 1 - Caracterização do perfil socioprofissional dos participantes do estudo. Esperança - PB. Novembro (2017).

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	6	100%
Masculino	0	-
<i>Faixa etária</i>		
18 - 30	2	33,3%
31 – 50	4	66,7%
<i>Tempo de atuação profissional</i>		
Menos de 01 ano	2	33,3%
01 a 05 anos	1	16,7%
06 a 10 anos	1	16,7%
Acima de 11 anos	2	33,3%
<i>Pós-Graduação (Especialização)</i>		
Sim	5	83,3%
Não	1	16,7%
Total	6	100%

Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

A partir da avaliação dos resultados apresentados na Tabela 1, sobre o perfil socioprofissional dos enfermeiros entrevistados foi notória a exclusividade do sexo feminino, constituindo 100% da amostra. Na variável relacionada à faixa etária, a maioria das entrevistadas tem idade entre 31 e 50 anos (66,7%), enquanto os demais entre 18 e 30 anos (33,3%). Quanto ao tempo de atuação, 33,3% da amostra exerce a profissão há menos de 1 ano, resultado semelhante aos profissionais que possuem acima de 11 anos de serviço, enquanto que 16,7% atua no campo de trabalho entre 01 a 05 anos e outros 16,7% atuam de 6 a 10 anos de profissão. Destaca-se que além da graduação em Enfermagem foi constatado que 83,3% da amostra possuem titulação de especialista.

Ao observar os resultados apresentados referentes à variável do sexo, é oportuno ressaltar que a representatividade feminina na enfermagem reafirma a característica sólida presente em meados do século XX, onde historicamente a enfermagem moderna surgia. A predominância feminina na profissão se deu a partir da visão social que trazia consigo, o discurso feminista em que apenas as mulheres possuíam particularidades maternas que refletiam no seu cuidado para com os pacientes. Muito embora essa realidade ainda esteja presente na sociedade, atualmente o preconceito decorrente de visões androcêntricas, sexistas e heteronormativas que enxergavam a enfermagem como uma profissão feminina tem sido minimizado consideravelmente e a inserção de homens tem sido cada vez maior (FONSECA et al., 2011; SOUZA et al., 2014).

Em relação à variável faixa etária foi constatado que 66,7% dos entrevistados tem idade entre 31 a 50 anos, o que se pode considerar uma característica singular nesse período da vida adulta, em que há uma busca maior de oportunidades profissionais para a construção do conhecimento e de experiência.

No quesito sobre o período no qual os enfermeiros estão exercendo a sua profissão, houve uma multiplicidade de resultados. Com isso, pode-se entender que boa parte dos enfermeiros ingressou no campo de trabalho logo após o término da graduação, confirmando o preparo através da academia para o sucesso desses profissionais no âmbito de trabalho. Isso reflete também em sua maioria, a permanência dos outros profissionais entrevistados quanto ao exercício da profissão em tempo mais longo, e conseqüentemente uma trajetória rica em conhecimentos.

Os resultados que demonstram um perfil de 83,3% de enfermeiros com título de especialista ratificam que atualmente os enfermeiros das UBSF's reconhecem a importância da incessante construção do conhecimento que se faz necessário no exercício da profissão, a

começar da necessidade e busca por capacitações, as quais dão sustentação e alicerce para as condutas e ações de enfermagem, promovendo uma assistência digna e resolutiva (COSTA et al., 2013).

4.2 Atenção à saúde em diabetes mellitus: o cuidado do enfermeiro

Para uma melhor apresentação e compreensão dos resultados obtidos, os discursos síntese estão organizados em quadros, a partir das Ideias Centrais (IC) identificadas por meio das evocações dos enfermeiros. Como trata-se de uma investigação focada na assistência de enfermagem para a prevenção e redução de complicações do diabetes, a priori os participantes foram questionados acerca do conhecimento sobre essas complicações. O resultado pode ser observado no Quadro 3.

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
As diferentes possibilidades de complicações do DM	<p><i>“É... retinopatia diabética [...], o aumento da glicemia alterada [...], a neuropatia diabética [...]. AVC, infarto” (E1). “Geralmente é a descompensação do diabetes, pé diabético e amputação” (E2). “A questão da hipoglicemia, hiperglicemia, lesões de órgãos alvos como: coração, rins...” (E4). “O ferimento e a necrose, isso a gente trata para que não haja amputação” (E5).</i></p>

Quadro 3 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “Quais as possíveis complicações do DM que você tem conhecimento?”.

Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

Como está evidenciado no Quadro 3, o DSC denota as respostas apresentadas pela maioria dos profissionais entrevistados referente às múltiplas complicações que o paciente com DM está susceptível. Diante dos relatos, os profissionais expuseram a diversidade de complicações que o DM acarreta, além da associação com outras doenças, o que gera ainda mais danos aos órgãos e sistemas envolvidos, afetando diretamente na qualidade de vida do indivíduo.

O estudo de Carvalho e Silva (2016) deixa evidente a importância da assistência de enfermagem para redução e prevenção das complicações advindas do DM, a partir do vínculo entre o profissional e o usuário em virtude do acompanhamento periódico realizado por meio da execução do PE voltado as necessidades do indivíduo. Mas, para que isso aconteça é

necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a doença, quais as complicações e o que poderá acarretar ao usuário.

A partir do estudo de Cortez et al (2015) constatou-se que a presença de complicações relacionadas ao DM está diretamente associada ao tempo de duração da doença. Além disso, apresenta um achado bastante relevante no qual mostra que o aparecimento das complicações em idosos que possuem DM por longos anos pode ser afetado não somente por ter a doença, como também pela assistência e tratamento ofertado durante toda sua vida. Com isso, pode se perceber a importância do diagnóstico precoce e os avanços tecnocientíficos que está totalmente relacionado à busca pelo conhecimento dos profissionais de saúde para ofertar melhores condições de vida para os usuários.

Scochi et al (2013) destacam que a área da enfermagem vem passando por um processo desafiador no campo da pesquisa, embora esteja avançando consideravelmente em bases fortalecidas e seguras que consolidam a profissão a conquistar seu espaço e reconhecimento, tendo como alicerce a ciência e tecnologia, contribuindo positivamente para a melhoria da atenção a saúde. Todavia, a busca por conhecimento aperfeiçoa com respaldo científico a assistência prestada ao indivíduo.

Segundo Rocha et al (2015) e Petermann et al (2015), as complicações do DM são classificadas em dois tipos, sendo elas agudas e crônicas. A hipoglicemia leve, moderada e grave, o estado hiperosmolar hiperglicêmico e a CAD integram as complicações agudas; já as crônicas são subdivididas em macrovasculares incluindo a cardiopatia isquêmica, neuropatia diabética, doença cerebrovascular e vascular periférica, e as microvasculares sendo retinopatia e nefropatia diabética. Diante dos resultados apresentados no Quadro 3, pôde-se perceber que os profissionais possuem conhecimento sobre as complicações do DM, embora não tenha sido citado a CAD que é definida como uma das principais complicações agudas caracterizada pela hiperglicemia, desidratação e perda de eletrólitos e acidose, a partir da quantidade inadequada de insulina no organismo (SMELTZER et al., 2014).

Embora na literatura apresente fragilidades na execução de ações e abordagens que minimizem e previnam as complicações do DM, acredita-se que a enfermagem possa intervir e contribuir consideravelmente, através da implementação do PE atuando na promoção e proteção da saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao usuário. Partindo dessa lógica, os enfermeiros foram questionados quanto à operacionalização da consulta de Enfermagem. O resultado está apresentado no Quadro 4.

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Acolhimento e classificação de risco	<p>“[...] os controlados, no agendamento, uma vez passa por mim e outra pelo médico, mas se ele estiver descompensado passa pelo médico” (E2). “[...] ele é triado para mim ou para o médico” (E4). “[...] faz aquele acolhimento inicial, aí após faz aquela triagem do paciente” (E6).</p>
IDEIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Levantamento de dados e identificação do diagnóstico	<p>“A gente realiza os exames gerais, se uma glicemia estar alterada a gente pede TGO, glicemia em jejum e pós prandial[...] verifica a cintura, pressão e o peso[...]” (E1). “Eles a cada 6 meses fazem os exames laboratoriais [...]” (E2). “Se ele teve um histórico familiar ou se adquiriu com o tempo [...], a gente verifica a glicemia, o peso, altura, o IMC [...]” (E3). “Vindo até a mim, eu vou abordá-lo, ver os sinais vitais e HGT [...] se tem algum ferimento, principalmente nos pés” (E4). “A gente faz como medida de acompanhamento repetir os exames, o hemograma completo, glicemia em jejum, a pós prandial [...], triglicérides, colesterol, ureia, ácido úrico, creatinina [...] a gente faz isso com uma frequência de 3 meses [...]” (E5). “[...] observo sempre consulta anterior com atual, se essas taxas estão reduzindo (E6).</p>
IDEIA CENTRAL 3	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Conjunto de Intervenções de Enfermagem	<p>“Quando eles começam a usar a insulina, tem que ter um cuidado maior com a hipoglicemia, falar da dieta, andar sempre com lanche, bala no bolso, orientar os sinais de hipoglicemia” (E1). “[...] orientação da medicação e também da alimentação” (E4). “[...] a gente orienta quanto a alimentação, cuidados, vê a medicação se tão tomando [...]” (E5). “[...] faço a avaliação nutricional, atividade física [...]” (E6).</p>
IDEIA CENTRAL 4	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Parcerias intersetoriais	<p>“[...] a gente tem a parceria do NASF [...], a gente encaminha esse paciente para a nutricionista e/ou para a endocrinologista do município...” (E1).</p>

Quadro 4 - Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “Me fale um pouco sobre como você realiza as Consultas de Enfermagem diante do paciente com DM”. Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

O Quadro 4 compõe as ideias centrais e os Discurso do Sujeito Coletivo elaboradas a partir das respostas dos participantes da pesquisa em resposta à execução das Consultas de Enfermagem ao usuário com DM. Após a análise dos dados foram definidas quatro ideias centrais, sendo elas: Acolhimento e classificação de risco; levantamento de dados e identificação do diagnóstico; conjunto de intervenções de enfermagem; e parcerias intersetoriais. As ICs foram construídas nesse desenho de modo a aproximar-se com as etapas do Processo de Enfermagem.

Como exposto no DSC, referente a IC 1, o acolhimento e a classificação de risco foram evidenciados nos discursos dos entrevistados como a primeira etapa da CE.

O acolhimento na ESF é uma estratégia de escuta qualificada do processo de atenção à saúde em que os profissionais e os usuários, a partir do diálogo, se submetem ao estabelecimento de vínculos. Essa escuta inicial é de total valia para que uma relação de confiança seja firmada entre eles, possibilitando um cuidado efetivo, mas para que isso aconteça é necessário que haja a empatia e o respeito mútuo. Desse modo, haverá maior abertura para discussões tanto pessoais como específicas do quadro de saúde em que o usuário se encontra, além disso, a literatura traz que boa parte dos usuários buscam os serviços de saúde para compartilharem suas situações pessoais como forma de desabafo, e na maioria das vezes o profissional de saúde possui estratégias que conseguem chegar a soluções (ARRUDA; SILVA, 2012).

O estudo de Garuzi et al (2014) mostra que a concepção dos profissionais de saúde referente ao acolhimento ainda é muito superficial. Eles consideram o acolhimento como triagem ou “ato de generosidade” afastando-se da pretensão da assistência voltada ao usuário, desmistificando o cuidar desde o primeiro contato usuário-profissional. Esse achado vai ao encontro desse estudo, pois em um dos discursos o acolhimento não foi citado, sendo mencionado diretamente a triagem. Isso mostra que o acolhimento não está sendo compreendido como uma prática cotidiana que a partir do vínculo qualifica a assistência prestada ao usuário, prejudicando assim, as demais etapas da CE.

Garuzi et al (2014) e Roncato, Roxo e Benites (2012) destacam o acolhimento visto como dispositivo tecnoassistencial que possui significativa mudança na realização da assistência. A classificação de risco e vulnerabilidade identificada a partir do acolhimento têm a função de determinar a agilidade no atendimento diante do levantamento dos dados coletados na triagem, e assim, poder direcionar o usuário a depender da sua necessidade seja para consulta médica ou de enfermagem.

Tratando-se dos resultados obtidos no presente estudo, alguns profissionais destacaram direcionamento da consulta de enfermagem para consulta médica como consequência dos níveis glicêmicos alterados. Com isso, nota-se a prática da classificação de risco na atenção primária a saúde, embora ainda seja frágil.

O estudo de Roncato, Roxo e Benites (2012) salienta a utilização do acolhimento com classificação de risco sendo mais presente nos prontos socorros, embora a ESF venha apresentando fortemente a necessidade de organização e qualificação dos serviços como garantia de consumação dos princípios as diretrizes do SUS, de forma a atender as demandas e exigências dos usuários dignamente. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde tendem a melhorar a assistência prestada a população, bem como o serviço se tornará mais eficiente, executado de forma holística e sistematizada.

De acordo com a literatura, é recomendado o encaminhamento de todos usuários com DM pelo enfermeiro para realização da consulta médica a cada semestre, mesmo que eles não apresentem alteração no nível de glicemia e não possuam sinais de lesão em órgãos alvos ou comorbidades. Destaca-se a importância de consultas médicas trimestrais àqueles indivíduos que apresentem lesões de órgãos alvos e/ou comorbidades mesmo apresentando os níveis glicêmicos dentro dos parâmetros de normalidade (BRASIL, 2013; SILVA et al, 2013).

Esse achado corrobora o presente estudo por ser mencionada essa prática de encaminhamentos de consultas quando identificado alterações nos níveis glicêmicos, relatados pelas participantes E1 e E2. É indiscutível, portanto, a importância dos profissionais de enfermagem em compreender as alterações metabólicas do usuário e identificar a necessidade de intervenções, direcionando-o por meio de encaminhamentos, a profissionais que possam ajuda-lo a solucionar o problema. Em razão disso, é necessário que o enfermeiro possua conhecimentos sobre a doença, principalmente no que diz respeito às complicações, para que tenha competência em intervir precocemente na intenção de evitar danos e proporcionar melhor qualidade de vida ao usuário.

No que refere ao DSC elaborado pela IC2, evidencia-se o levantamento de dados e a identificação diagnóstica durante a coleta na realização da CE, apresentando em sua maioria a anamnese, o exame físico, a solicitação de exames laboratoriais e comparação dos dados atuais com os da última consulta.

A enfermagem tem papel fundamental no cuidado aos indivíduos com DM, principalmente em sua abordagem diante da CE estruturada através da implementação do PE como instrumento metodológico que norteia toda a assistência individualizada a ser prestada

por meio de suas etapas (MASCARENHAS et al., 2011; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2015).

O levantamento de dados se consolida a partir da execução da anamnese e exame físico geral, em que são dispostas informações do histórico pessoal, bem como a análise clínica do indivíduo, na qual busca de identificar riscos e avaliar suas necessidades. Isso é notado no discurso da participante E1 quando menciona realizar a verificação da circunferência abdominal, Pressão Arterial (PA) e do peso, da E3 ao efetuar a coleta de dados por meio da investigação da história pregressa e/ou predisposição a patologia e da E4 ao relatar a verificação dos Sinais Vitais (SSVV) e realiza o exame físico dos pés.

Como preconizado pelo Ministério da Saúde, o enfermeiro tem a responsabilidade de realizar durante a CE, a anamnese e exame físico geral do indivíduo, o enxergando de forma holística e prestando uma assistência sistematizada (BRASIL, 2013). Com isso, nota-se a vulnerabilidade do cuidado que está sendo prestado através do que foi mencionado nas entrevistas, estando presente já na primeira etapa do PE.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) é pertinente à solicitação de exames laboratoriais com frequência, a depender das necessidades do indivíduo, para maior controle dos níveis glicêmicos e prevenção de complicações, destacando a necessidade do usuário na realização de exames para diagnóstico inicial, sendo definido como principais exames a glicemia em jejum, Hemoglobina Glicada (HBA1C), colesterol total, colesterol HDL, LDL, triglicerídeos, creatinina sérica, potássio para pacientes que fazem uso de diuréticos, Exame de Sumário de Urina (EAS) e microalbuminúria. Vale ressaltar que para exames de acompanhamento não se faz necessário solicitar a glicemia em jejum, sabendo que o mesmo serve apenas para rastreamento e diagnóstico.

Visto o relato dos entrevistados nota-se, em sua maioria, que os profissionais não estão seguindo uma linha de cuidado pertinente, gerando um déficit no acompanhamento e no cuidado desses indivíduos. Além disso, o discurso do entrevistado E6 traz uma questão bastante relevante quando ela menciona que faz comparação dos parâmetros da consulta anterior com a atual. É considerável essa conduta, embora seja extremamente necessário intervenções que induzam o controle metabólico do usuário, a fim de que a eficácia da prevenção de complicações seja garantida.

Na IC3 serão discutidas as intervenções direcionadas aos usuários com DM durante a CE, tendo como principais intervenções mencionadas pelos entrevistados: a utilização da insulino terapia e as medidas de autocuidado.

Para a construção de um plano de cuidados é pertinente conhecer a magnitude do problema o qual acomete o indivíduo, além disso, identificar fatores de riscos e minimizá-los consideravelmente, a fim de prevenir as complicações, sabendo que para a elaboração do plano assistencial deve se dispor de um DE para que seja implementado e conduza a uma assistência efetiva. Com isso, faz-se necessário a intervenção do profissional de saúde para orientar o usuário quanto a adoção de hábitos saudáveis como a busca de uma alimentação adequada, prática de atividades físicas, mudanças de hábitos não saudáveis como o consumo de bebidas alcólicas, tabaco e o sedentarismo, o uso de medicações orais e injetáveis, como a insulinoterapia, esclarecendo todas as dúvidas do usuário quanto ao tratamento e controle do DM, considerando os fatores comportamentais e emocionais dos mesmos (BRASIL, 2013; SBD, 2016).

O tratamento de insulinoterapia em usuário com DM requer uma atenção especial por apresentar possíveis eventos hipoglicêmicos, exigindo do profissional de saúde orientações sobre quais as condutas e sinais de hipoglicemia a serem realizadas. Como relatado nesse estudo pelo entrevistado E1, é uma das intervenções mais importantes ao usuário que inicia o uso de insulina como tratamento, o conhecimento sobre o medicamento e seus efeitos colaterais, bem como o manuseio, a forma de armazenamento e aplicação devem ser orientadas durante a CE, a fim de que o usuário consiga compreender seus riscos e benefícios. Ademais, os usuários submetidos a insulinoterapia devem atentar sobre o tempo de aplicação, que é de pelo menos 30 min antes de praticar atividades físicas, pois o exercício pode aumentar a absorção e metabolização da insulina, induzindo ao possível estado hipoglicêmico (SDB, 2015-2016; TEIXEIRA et al., 2017).

A mudança no estilo de vida, a começar da prática de exercícios físicos regulares e o seguimento de um plano alimentar adequado, segundo o estudo de Costa et al. (2011), é quase duas vezes mais eficaz comparado ao tratamento medicamentoso no controle do DM isoladamente. Isso reforça as intervenções mencionadas pelas entrevistadas E4, E5 e E6 nesse estudo, quando trata-se das orientações sobre o autocuidado como aliado ao controle dos níveis glicêmicos promovendo uma melhor qualidade de vida ao usuário.

Sobre a IC4, o assunto refere-se à RAS como linha de cuidado para acompanhamento e cuidado ao indivíduo com DM em base nas parcerias intersetoriais.

De acordo com Junges e Barbiani (2012), as LC podem seguir e serem representadas por vários tipos de serviços voltados aos usuários da rede. A assistência oferecida por meio da RAS, nem sempre se inicia na atenção primária, mas a ela sempre devem retornar como garantia de continuidade do cuidado.

O estudo de Tanaka (2011) destaca que é imprescindível a oferta garantida de uma atenção continuada através da APS, pois é onde devem ser realizados os encaminhamentos para consultas com especialistas, as atividades corporais, práticas integrativas, quando identificada a necessidade. Ressalta ainda que as redes não são centralizadas apenas por referência e contrarreferência, transcende essas particularidades, pois proporciona em sua efetividade, a integralização do cuidado em diferentes pontos de atendimento a fim de suprir todas as necessidades do indivíduo.

Em concordância com Mendes (2011), a estrutura operacional como é formada a RAS, tem se como porta de entrada a APS que é definida o centro de comunicação; a Atenção Especializada (AE) na qual é responsável por unir diversos pontos de atenção com vários tipos de densidades tecnológicas, como por exemplo, as emergências e serviços hospitalares complementando os serviços ofertados através da APS; os Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutica (SADT), que são serviços de apoio após diagnóstico e durante o tratamento, exemplificados por exames, as práticas integrativas bem como as atividades que são desenvolvidas pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além das atividades corporais. O Sistema Logístico (SL) é responsável por organizar as ligações de pontos presentes na rede e o Sistema de Governança (SG) por observar a implantação da rede e sua articulação com os demais serviços ofertados pela mesma.

O estudo de Santos et al. (2015), aponta diante dos seus resultados, que o encaminhamento direcionado a outros níveis de atenção tem sido implantado com êxito nas ESF's, o que torna essa fundamentação de fluxo uma estratégia considerável o qual traz benefícios a referência. Esses resultados corroboram com este estudo, diante do discurso apresentado, pois mostra a eficácia da articulação da APS com os demais serviços da rede. Embora dentre as entrevistas apenas uma ter relatado como acontece a efetivação da rede durante a CE nota-se que é direcionada com base nas necessidades do indivíduo. Sabendo que para constatar a implementação da RAS precisa-se de um estudo voltado a essa temática, é sugestivo que seja realizado para que seja identificado precisamente.

Faz-se necessário enfatizar que durante a discussão desse quadro, os resultados nele apresentados evidenciaram que as CE executadas pelos profissionais ainda estão pautadas no modelo biomédico. Vislumbra-se que as CE continuam sendo realizadas de forma fragmentada, excluindo da assistência algumas etapas essenciais do PE, como: o diagnóstico de enfermagem, o planejamento da assistência e a avaliação da assistência de enfermagem. Além disso, nota-se a superficialidade da implementação da assistência quando as

intervenções não são realizadas com base no DE do indivíduo atribuído por meio do julgamento das suas condições de saúde.

Considerando a educação em saúde uma ferramenta indiscutivelmente eficaz na atenção à saúde em diabetes, o Quadro 5 exhibe os resultados quanto a esta prática.

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Educação em Saúde como ferramenta de promoção a saúde</p>	<p><i>“[...] a gente faz sala de espera explicando a necessidade da tríade: alimentação, exercício físico e o uso da medicação correta [...]” (E1). “[...] aqui toda quinta-feira é o dia de atendimento ao diabético, então é escalado cada dia um profissional para fazer a sala de espera [...]” (E2). “Toda terça-feira a gente faz uma caminhada pela manhã aqui no quarteirão, tem a mesa de frutas que é uma motivação para eles” (E3). “No momento a gente estar fazendo a sala de espera, apenas isso” (E4) “[...] a gente faz sala de espera [...], aborda esse tipo de tema da Diabete, complicações, alimentação adequada, exercício físico, tomar as medicações adequadamente” (E5) “[...] a gente direciona só a sala de espera mesmo quando eles estão no atendimento aguardando [...]” (E6)</i></p>
IDEIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Dificuldades na formação de grupos e realização de atividades de Educação em Saúde</p>	<p><i>“Aqui a gente tava tentando colocar o grupo de Diabético e Hipertenso, mas devido a nossa area que ela tem as ancoras e tendo pouco atendimento na unidade [...], são só 3 dias dedicados a todos os públicos do programa [...]” (E1). “[...] nessa unidade não tem grupo, a gente tem o grupo de atendimento [...], só que o grupo para os diabéticos virem pra gente trabalhar a educação em saúde, não conseguimos resgatar ainda” (E5).</i></p>

Quadro 5 - Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “Você desenvolve algum tipo de atividade de educação em saúde direcionada ao paciente com DM?”.

Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

Diante dos discursos foram definidas duas IC’s para compor este estudo: Educação em saúde como ferramenta de promoção a saúde; e dificuldades de formação de grupos e realização de atividades de Educação em saúde.

A educação em saúde é considerada um importante instrumento para a consolidação do cuidado, considerando todos os benefícios aos indivíduos em aspectos psicológicos, sociais e familiar, sendo fundamental para a prevenção e redução das complicações das doenças, inclusive do diabetes (BORBA et al, 2012).

No que concerne a visão do profissional sobre a prática de atividades educativas, o estudo de Flisch et al. (2014) apresenta como fundamento essencial para a implementação da educação em saúde a utilização da pedagogia de Paulo Freire que norteia a prática assistencial do profissional de saúde perante ao usuário, enfatizando o cuidado em que ambos sejam aprendizes e desmistificando a ideia de verticalização nas ações. Além disso, mostra que embora os profissionais utilizem dessa metodologia as ações não devem ser realizadas somente através de diálogo como troca de saberes entre o usuário e o profissional. Faz-se necessário usar da criatividade e de métodos que promovam a interação do público e para que isso aconteça deve ser planejada com base em literaturas que respaldem o conhecimento que foi concedido aos usuários.

O estudo de David e Torres (2013) ressalta a importância da execução de práticas educativas por meio de uma equipe multidisciplinar abordando diversos conhecimentos de maneira interdisciplinar, propiciando e facilitando o *feedback* entre os envolvidos. Menezes, Lopes e Nogueira (2016) complementam esta ideia ao afirmarem que a adesão ao tratamento atrelada a mudança do estilo de vida através da educação em saúde influencia fortemente na sobrevida do indivíduo. Alguns estudos relatam que indivíduos com DM que aderiram ao tratamento em menos de um ano, apresentaram menores níveis de hemoglobina glicada, corroborando o estudo de Brito et al. (2016) que assegura a contribuição significativa da educação em saúde para a redução dos índices glicêmicos.

Esses estudos ratificam o que fora mencionado pelos profissionais entrevistados, tendo em vista que a educação em saúde é realizada por meio da Sala de Espera através de explicações sobre a doença, o autocuidado relacionado à alimentação saudável, uso de medicação adequada e a prática de atividade física como forma de estimular a adesão ao tratamento concomitante ao autocuidado. A participante E3 realiza a educação em saúde de modo que eles praticam juntamente com os profissionais de saúde uma caminhada matinal no referido dia de consulta voltada ao público, e que após isso é ofertada uma mesa de frutas como estímulo à alimentação adequada.

Baseado nisso, pode se perceber o empenho dos profissionais em realizar a educação em saúde como forma de instruir, incentivar e estimular o autocuidado tendo como reflexo a prevenção de complicações e oferta de uma melhor qualidade de vida.

Na IC2 enfatizam-se as dificuldades apresentadas através dos relatos dos entrevistados quanto à implementação dos grupos de educação em saúde nas USF's.

Os estudos de Torres, Cortez e Reis (2016) e Andrade et al. (2013) evidenciam a educação em saúde como metodologia essencial para o estímulo ao autogerenciamento de cuidados conseguinte a prática educativa em grupo de forma sistematizada regida na troca de conhecimentos e escuta qualificada, propiciando um espaço onde os usuários consigam dividir e expressar seus sentimentos, angústias, dúvidas, podendo assim, conquistar sua autonomia e encorajar os demais participantes a busca de uma melhor qualidade de vida.

O estudo de Brito et al. (2016) vem complementar quando afirma que a educação em saúde realizada por meio de grupos operativos terapêuticos é considerada a modalidade mais adequada frente a saúde pública, por alcançar um número significativo de indivíduos durante as ações, além de envolver não só o indivíduo, mas a família e a comunidade como preconiza o Ministério da Saúde para que se tenha uma assistência na APS firmada em prevenção de doenças e promoção da saúde.

Diante dos relatos dos entrevistados, percebe-se inicialmente a sobrecarga de trabalho e curto espaço de tempo para realização da educação em saúde através de grupos terapêuticos, bem presente no discurso do profissional E1, muito embora não seja justificável a não implementação dessa modalidade. Para tanto, o estudo de Figuera et al. (2012) contribui nessa perspectiva quando destaca a criação do Grupo Sala de Espera na ESF com intuito de oportunizar o compartilhamento de conhecimentos e fortalecimento de vínculo entre usuário-profissional-familiar. Essa estratégia é, na verdade, uma sugestão para a problemática apresentada diante desse Quadro 3, tendo em vista que as enfermeiras apresentam dificuldades em implementar grupos por falta de tempo/dificuldade no resgate de grupos já existentes e mencionam que a única modalidade que executam as ações de educação em saúde é a Sala de Espera.

Então, sugere-se que os profissionais busquem planejar a elaboração de Grupos de Sala de Espera em dia de atendimento para que visem a sua implementação na perspectiva de prevenir complicações e promover saúde. Como também, se faz necessário a busca ativa desses usuários para reativação do grupo operacional terapêutico mencionado pela E5 para continuidade do cuidado através da educação em saúde.

Considerando o estudo de Andrade et al. (2013), aos profissionais de saúde, requer uma compreensão apurada no que diz respeito a estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde para que possa desmistificar o que a população compreende sobre a assistência prestada na atenção primária, que ainda é voltada ao modelo biomédico. Isso só

acontecerá quando os profissionais de saúde apostarem e investirem arduamente na educação em saúde, de modo que o público perceba a magnitude do sistema de saúde e de toda sua assistência sistematizada no cuidado holístico direcionado, sabendo que se trata de um processo lento e necessita de dedicação.

Partindo para o direcionamento das orientações/intervenções específicas ofertadas pelo enfermeiro para a prevenção e redução de complicações do diabetes, o resultado pode ser observado no Quadro 6.

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Orientações/intervenções de enfermagem direcionadas ao paciente para a prevenção e redução de complicações do DM</p>	<p><i>“[...] a tríade: o uso da medicação de forma correta, a alimentação de forma adequada e a prática de exercício físico (E1). “A gente faz as orientações alimentares [...], e também de fazer o uso correto da medicação” (E2). “As orientações, primeiramente, é na questão da alimentação [...], a medicação no horário certo [...], tem gente que quando o emocional tá aumentado, tanto para bom como para ruim, o diabetes eleva” (E3). “[...] a questão da medicação no horário correto e como ela deve tomar essa medicação e a alimentação que é um fator que a gente encontra mais resistência” (E4). “[...] a alimentação, exercício físico, os cuidados com as unhas [...], ter mais cuidado quando vai cortar [...], o cuidado com o calçado sempre procurar usar tênis [...], pra eles não estarem machucando os pés porque é uma área que eles podem perder o membro” (E5). “[...] a gente bate muito na tecla de alimentação mesmo e atividade física [...]” (E6).</i></p>

Quadro 6- Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construído frente à pergunta: “Quais as orientações dadas por você ao paciente com DM, para a prevenção e redução das complicações do DM?”.

Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

Os estudos de Moura et al. (2014) e Zacharias et al. (2016) enfatizam a eficácia da adesão ao tratamento do usuário com DM, partindo do modo em que o profissional de saúde conduz e compartilha as informações pertinentes ao gerenciamento do cuidado. Ainda destacam a necessidade do enfermeiro em incentivar o autocuidado através de hábitos alimentares saudáveis, uso de medicações correto e a prática de atividades físicas, sendo consideradas como fortes aliadas à adesão ao tratamento.

Pôde-se perceber nos relatos dos entrevistados deste estudo que todos orientam como medida de prevenção às complicações a prática de atividade física, a adoção de práticas alimentares saudáveis e uso correto de medicações como medidas de autocuidado essenciais no tratamento do DM. Vale ressaltar que o entrevistado E5 menciona a atenção no cuidado aos pés que o usuário deve ter, como prevenção de complicações.

A AADE (2016) determinou a prática dos Sete Comportamentos como medidas essenciais na perspectiva de autocuidado desempenhados pelos usuários com a finalidade de melhorar a qualidade de vida. Esses comportamentos são mudanças do estilo de vida com base na alimentação saudável, prática de exercício físico frequentemente, atenção no controle dos níveis glicêmicos, uso correto dos medicamentos, estar apto a encontrar soluções que possam reduzir os riscos e assim, adaptar-se saudavelmente as suas novas condições.

O estudo de Flor e Campos (2017) vem complementar esse estudo ao destacar que o sedentarismo e excesso de peso têm forte influência na alteração metabólica e na exposição a possíveis complicações. Para tanto, a prática regular de atividade física além de propiciar uma diminuição do peso corporal induz a diminuição da resistência à insulina, estimulando o controle dos níveis glicêmicos e reduzindo o risco de agravos a saúde.

De modo a ampliar a assistência de enfermagem direcionada à prevenção de complicações do diabetes, o enfermeiro deverá, essencialmente na consulta de enfermagem, prescrever intervenções compatíveis às necessidades do paciente. Nessa lógica, é imprescindível a determinação dos diagnósticos de enfermagem que norteiem a proposição do plano de cuidados. Com base na NANDA (2017), foi visto na revisão da literatura o Quadro 1, com o elenco sumarizado de diagnósticos e intervenções de enfermagem voltados à prevenção de complicações do diabetes.

Para além do cuidado ao indivíduo acometido pelo DM, o enfermeiro também deve direcionar uma assistência à família e cuidadores. Sob este aspecto, o Quadro 7 exhibe os resultados alcançados a partir dos depoimentos dos participantes.

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
	<p><i>“[...] o cuidado com a dieta, uso de medicações de forma correta, olhar sempre os pés a fim de ver se tem alguma lesão, uma unha encravada, como estar sendo realizada o corte das unhas” (E1). “[...] se alimentar nos devidos horários a cada três horas, tomar muita água, evitar o máximo possível de doces, mas também não pode ficar totalmente sem comer nada doce [...], em relação a queda” (E3). “[...] a questão da alimentação</i></p>

Orientações de enfermagem para a prevenção e redução de complicações do DM direcionadas ao familiar/cuidador	[...], desse controle que ele precisa ter aqui na unidade [...], a gente tá vendo suas taxas, seu estado geral para tá orientando essa alimentação e essa medicação, dos riscos que o paciente corre a não ser tratado [...], as consequências da não adesão ao tratamento” (E4). “Eu costumo fazer essas mesmas orientações que eu faço ao paciente, ao familiar [...], o apoio psicológico e que a família se envolva porque isso é saúde” (E5). “As mesmas orientações que é dada a eles, a gente acaba também passando para a família” (E6).
IDEIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Ausência do familiar	“Olhe, geralmente o diabético não vem com o cuidador [...]” (E2). “É, infelizmente a gente não tem muita participação do familiar aqui na unidade, são poucos os que vem” (E4). “[...] muitos também, alguns melhor dizendo, não vem acompanhado” (E6).

Quadro 7 - Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “E quais orientações dadas por você ao familiar/cuidador do paciente com DM, para a prevenção e redução das complicações do DM?”. Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

Na IC1 foram observadas todas as orientações dadas por profissionais de enfermagem como forma de prevenir complicações enfatizando a importância do apoio familiar para eficácia do tratamento. Garcia et al. (2017) apontam em seu estudo que o familiar/cuidador tem sido considerado na literatura como peça fundamental no apoio e adesão ao tratamento por parte do usuário e que os membros da família podem influenciar positivamente no contexto do autocuidado e encorajamento diante das dificuldades em que o indivíduo está vulnerável.

Diante do estudo de Carvalho e Silva (2016) entende-se que o profissional de enfermagem deva estender todas as orientações dadas ao usuário para o cuidador/familiar evidenciando a importância do apoio familiar para o estímulo da adesão ao tratamento e eficácia do mesmo.

A partir dos relatos dos entrevistados deste estudo, nota-se que as orientações para prevenção de complicações como apoio familiar a serem executadas pelos cuidadores/familiares são medidas de cuidados relacionados à alimentação saudável, o uso correto de medicações e prática de atividades físicas, o apoio emocional mencionado pelo entrevistado E5 que é fundamental no acompanhamento ao usuário, além da importância do apoio familiar para o enfrentamento da doença, os cuidados com os pés que foi evidenciado pelo participante E1 e o cuidado na prevenção de quedas citado pelo E2. Como ressalta o

entrevistado E6, todas as orientações ao familiar acabam sendo as mesmas ofertadas aos usuários, embora isso aconteça apenas quando o cuidador se faz presente nas CE.

Pereira et al. (2013) enfatizam que o profissional de saúde deve adotar intervenções de prevenção com orientações voltadas a avaliação dos pés, escolha de sapatos adequados e a realização da inspeção antes de calçá-lo, atentar sobre a umidade entre os dedos a fim de evitar proliferações de fungos, a maneira adequada do cuidado com as unhas evitando cortá-las com instrumentos perfuro-cortantes como forma de prevenir lesões, garantindo que o usuário compreenda e obtenha práticas de autocuidado.

Diante dos dados obtidos, verificou-se na IC2 a predominância da ausência do familiar/cuidador nas CE e como isso pode refletir no cuidado ao usuário. Como destacado na IC 1 o apoio familiar é indispensável para a eficácia relacionada a adesão ao tratamento por parte do usuário. Todavia, neste estudo evidenciou-se a ausência da participação do familiar/cuidador nas CE relatadas pelos entrevistados E2, E4 e E6.

O estudo de Santos et al. (2011) aponta que as atitudes pouco colaborativas de familiares e/ou cuidadores podem interferir diretamente na motivação referente ao gerenciamento de cuidados dos indivíduos afetando na continuidade do cuidado. Além disso, essa ausência pode ocasionar vários danos aos indivíduos por incitar sentimentos como a solidão, desprezo, desamparo e tristeza, acarretando sofrimento psíquico, diferentemente dos usuários que tem apoio familiar os quais apresentam maior adesão e melhor qualidade de vida.

Teston, Sales e Marcon (2017) denotam em seu estudo que os usuários sem apoio familiar tendem a ter resistência ao tratamento, aceitação da doença e as mudanças de hábitos. A vista disso foi identificada que uma das maiores dificuldades encontradas pelo usuário, diante da mudança de hábitos, se dar pela necessidade do apoio de familiar principalmente nos momentos destinados as refeições, pois faz-se necessário que a família reconheça a importância da alimentação na qualidade de vida como influente prática do autocuidado sendo estimulado mais facilmente com o apoio familiar. Com isso, compreende-se o apoio familiar como uma condição fundamental para implementação de mudanças, sejam elas positivas ou negativas.

Considerando a visita domiciliar um importante dispositivo para a consolidação da integralidade da assistência à saúde, os enfermeiros também foram questionados quanto a esta prática. O resultado está apresentado no Quadro 8.

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Visitas domiciliares como estratégia de prevenção e redução das complicações do DM</p>	<p><i>“[...] tem a visita da médica que é toda sexta-feira a tarde e as minhas visitas nas últimas segundas feiras do mês a tarde [...], a gente ver a questão dos riscos que pode ter dentro da residência [...], se esse diabético já está acamado devido as complicações do diabetes, hipertensão e das outras comorbidades [...]” (E1).</i> <i>“[...]tem o diabético que é acamado e domiciliado, então a cada dois meses a equipe completa: médico, dentista, enfermeiro e o agente de saúde e a técnica de enfermagem [...], aqueles resistentes a gente pede apoio a assistente social do NASF [...]” (E2).</i> <i>“As visitas domiciliares da gente são todas quartas-feiras pela tarde[...], eu como enfermeira, o médico da unidade, a técnica de enfermagem e o ACS da unidade [...], a gente leva o prontuário do paciente, verifica a pressão, a glicemia, se tem alguma ferida a gente faz o curativo e da as devidas orientações, se não for a nível de atenção básica, encaminha para o hospital” (E3).</i> <i>“[...] a gente vai até a casa, dependendo da necessidade, o médico ou eu. Mas é isso, é ver a glicemia, se tem a medicação e se tem alguma complicação aparente” (E4).</i></p>

Quadro 8 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construídos frente à pergunta: “Você faz o acompanhamento de pacientes com DM por meio de visitas domiciliares? Me fale um pouco sobre a rotina dessas visitas”. Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

A Visita Domiciliar (VD) é uma estratégia de cuidado considerada como uma atividade externa da unidade de saúde desempenhada pelos profissionais que a compõe. Nela, é utilizada a tecnologia leve que permite o cuidado humanizado em que o profissional e o usuário podem estabelecer vínculos, obter informações, orientações, compartilhamento de conhecimento, além do profissional de saúde identificar fatores de riscos que possam interferir no processo de saúde do usuário.

O estudo de Andrade et al. (2014) salienta que a assistência prestada durante a visita domiciliar vai além da equipe de saúde ir ao encontro da pessoa que está impossibilitada de comparecer a unidade de saúde e orientar superficialmente. Envolve a necessidade dos profissionais de saúde adentrarem e compreenderem o contexto socioeconômico no qual o indivíduo e sua família está inserida.

Considerando os relatos dos entrevistados desse estudo, nota-se que a rotina das VDs é organizada conforme o cronograma de cada USF e que são realizadas pelos profissionais de saúde, destacando o discurso do entrevistado E2 e E3 que afirmam a disponibilidade de toda a

equipe de saúde para a realização da assistência domiciliar. Com isso, nota-se a importância de uma assistência multiprofissional no favorecimento ao processo de saúde do indivíduo, para ser assistido de forma holística. Além disso, E2 menciona a articulação com o NASF quando identificada resistência do usuário ao cuidado prestado, ocasionando eficácia e norteando a assistência por meio da RAS a depender das necessidades do indivíduo. Diferente desse achado, o discurso da entrevistada E4 avalia as necessidades do indivíduo previamente para a escolha do profissional “resolutivo”, isso faz referência ao modelo biomédico não atendendo as estratégias propostas pelo Ministério da Saúde.

Nessa perspectiva, o estudo de Souza et al. (2017) destaca a VD como instrumento promissor no qual os profissionais tem total acesso para a realização da educação em saúde como estímulo a adesão de práticas e hábitos saudáveis como forma de prevenir complicações e promover a saúde. O estudo de Andrade et al. (2017) corrobora os dados dessa pesquisa nos discursos dos entrevistados quando enfatiza a atenção a saúde exercida por enfermeiros nos cuidados ao usuário no domicílio como um fator fundamental para a assistência na utilização de diferentes modalidades de tecnologia leve e leve-duras, como ações assistenciais, educacionais, identificação de fatores de riscos que qualificam a prestação de cuidados aos usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo, pôde-se perceber por meio dos relatos de enfermeiros, inúmeras dificuldades na assistência prestada ao usuário com DM e ao seu familiar/cuidador, especialmente por ser essencialmente arraigada ao modelo biomédico. Suas condutas, convencionalmente, vão de encontro ao que é estabelecido pelo Ministério da Saúde, uma vez que a APS tem a educação como instrumento que fundamenta as ações voltadas à troca de conhecimento entre profissionais e comunidade, com a finalidade de prevenir complicações.

De modo genérico, os profissionais apresentam certas fragilidades quanto ao conhecimento sobre as complicações do DM. Esse fato pode refletir de modo negativo na assistência prestada aos usuários e seus cuidadores, sobretudo pela evidência da realização de consultas de enfermagem desvinculadas dos propósitos e da estrutura de etapas interrelacionadas do processo de enfermagem.

Diante disso, sugere-se que sejam realizadas ações de educação continuada que visem à qualificação da gestão do cuidado a usuários com diabetes, de modo a proporcionar-lhes uma assistência integral e especializada conforme suas necessidades. Essas ações, por exemplo, poderão ser realizadas por meio da Telessaúde como forma de sanar as dúvidas e promover a educação continuada para os profissionais, além disso o apoio da gestão municipal é fundamental para melhorar a efetividade do cuidado prestado ao usuário.

Deve-se levar em consideração que os enfermeiros, em seu processo de trabalho, estão expostos as condições desfavoráveis que prejudicam a execução da assistência. Em sua maioria a sobrecarga de trabalho é um dos fatores que mais os acometem, causando-lhes desgaste físico e emocional, insatisfação e até adoecimento. Embora todo esse desgaste esteja possivelmente atrelado a outros fatores, como a elevada demanda e dificuldades de interação da equipe, apesar disso, alguns estudos discorrem que o trabalho realizado em equipe associado ao vínculo com o usuário influencia na redução considerável da carga de trabalho, resultando no melhor desempenho da assistência para a comunidade.

Outro importante achado desse estudo foi a ausência do cuidador/familiar nas CE, sendo sua presença fundamental para a efetividade do cuidado continuado e adesão do usuário ao tratamento. Com isso, sugere-se que os enfermeiros possam realizar a busca ativa dos cuidadores para que acompanhem os usuários nas CE e ações educativas, afim de que eles compreendam a importância da sua contribuição e apoio nesse processo.

Relacionada às ações educativas realizadas pelos profissionais de enfermagem, foi identificada através dos dados obtidos nesse estudo que todos utilizam a sala de espera como

método educativo. Diante disso, faz-se necessário que esses profissionais busquem outras metodologias e estratégias como atividades em grupo com incentivo à reflexão e estímulo ao autocuidado, ações multidisciplinares desenvolvidas juntamente com os profissionais do NASF abordando práticas nutricionais com incentivo a hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividades físicas.

A busca ativa dos usuários é essencial para a formação dos grupos de educação em saúde e forte aliada para o cuidado continuado. A partir da formação dos grupos sugere-se que sejam realizadas ações criativas com abordagem de diversos temas tratando-se do DM, sobretudo que sejam planejadas precocemente com toda a equipe de saúde e que possam investir mais na educação como ferramenta essencial para promoção a saúde e prevenção de agravos.

Os resultados desse estudo possuem uma significativa relevância e contribuição para Enfermagem, os usuários e cuidadores. Considerando a importância da plena implementação do PE como instrumento essencial na longitudinalidade do cuidado ao usuário com DM em conjunto ao apoio do cuidador/familiar, constatou-se nesta investigação que os enfermeiros não utilizam, em tese, como ferramenta metodológica assistencial, embasando-se nas etapas do processo. Percebe-se que a execução da consulta de enfermagem nos moldes do PE vem sendo negligenciada pelos enfermeiros, o que afeta diretamente no manejo assistencial do usuário. Além disso, esse instrumento quando utilizado potencializa o cuidado favorecendo a assistência de enfermagem tecno-científica na minimização das complicações.

Portanto, é imprescindível que a enfermagem perceba a importância da implementação do PE e utilize esse instrumento em favor da eficácia do cuidado com o objetivo de promover a saúde e prevenir as complicações, ofertando assim, uma melhor qualidade de vida ao usuário.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes.** Diabetes Care, 36(1 Supl): 11-66, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes.** Diabetes Care, 39 (1 Supl.): 73-79, 2016.

ANDRADE, A. C. V. et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v.4, n. 37, p. 439-449, 2013.

ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 1, n. 23, p. 165-175, jan./mar. 2014.

ANDRADE, A. M. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 1, n. 70, p. 210-219, jan./fev. 2017.

ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.5, n. 65, p.768-766, set./out. 2012.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE EDUCADORES DE DIABETES. **Diabetes Educação como uma escolha de carreira.** Diabetes Educ, 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitorização da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Diário Oficial da União, Brasília, 28 set. 2006.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em: Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS. 2013.

Disponível:<<http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2013/g01.def>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. 1 ed, Brasília, DF, p. 162, 2013.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, p.127, 2015.

BELTRAME, V. et al. A convivência com Diabetes Mellitus tipo 2. **Saúde e Meio Ambiente**, v. 1, n. 1, p. 105-116, jun. 2012. Disponível em:

<<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/viewFile/170/258>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

BRITO, G. M. G. et al. Qualidade de vida, conhecimento e atitude após programa educativo para Diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.29, n.3, p.298-306, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002016000300298&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 10 fev. 2017.

BORBA, A. K. O. T. et al. Práticas educativas em Diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 1, n.33, p.169-176, mar. 2012.

BRITO, G. M. G. et al. Qualidade de vida, conhecimento e atitude após programa educativo para Diabetes. **Acta Paul. Enferm.**, v.3, n. 29, p. 298-306, 2016.

CARVALHO, E. R.; SILVA, J. D. B. A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes mellitus: revisão bibliográfica. **Revista Iniciare**, Campo Mourão, v. 1, n. 1, p. 91-102, jul./dez. 2016.

CORTEZ, D. N. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 3, n. 28, p. 250-255, 2015.

COSTA, C. M. M. et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo v.4, n. 23, p. 1471-1481, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1471.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

DAVID, G.F.; TORRES, H. C. Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas estratégias educativas em Diabetes. **Rev. Rene**, v.6, n. 14, p.1185-1192, 2013.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2017.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

FIGHERA, S. M. et al. Educação em Saúde na sala de espera: expectativa das mães frente à condição crônica do filho. **Cogitare Enferm.**, v.4, n. 17, p. 642-648, out./dez. 2012.

FLISCH, T. M. P. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. **Comunicação Saúde Educação**, v.2, n. 18, p.1255-1268, 2014.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 1, n. 20, p. 16-29, jan./mar. 2017.

FLORA, M. C.; GAMEIRO M. G. H. Autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: responsabilidade no controlo da doença. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser IV, n. 9, p. 9-19, Abr./Mai./Jun. 2016. Disponível: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000200002>. Acesso em: 10 fev. 2017.

FONSECA, R. M. G. S. et al. Pesquisa de gênero na produção de enfermagem: contribuição do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da EEUSP. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 2, n. 45, p. 1690-1695, 2011.

GARCÍA, J. M. et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidade familiar em personas com diabetes mellitus tipo 2. **Enfermería Universitaria**, v. 3, n. 14, p. 155-161, 2017.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v.2, n.35, p.144-149, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GINTER, E.; SIMKO, V. Type 2 diabetes mellitus, pandemic in 21st century. **Adv Exp Med Biol**, v. 771, p.42-50, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. Brasília, 2016. Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/OG8> >. Acesso em: 14 mar. 2017.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION. IDF. **Diabetes Atlas 2015**. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

JUNGES, R. J.; BARBIANI, R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v.3, n.36, p. 397-406, 2012.

LEAL, M. C. F. C. **Outra Forma de Olhar a Diabetes: Dificuldades e Expetativas de Doentes e Familiares em Relação aos Apoios Sociais**. 2014. 219 f. Tese (Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. 2014.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**. Brasília: Editora Liberlivro, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. Altas, 2010.

MASCARENHAS, N. B., et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.1, n. 64, p. 203-208, jan./fev. 2011.

MEDEIROS, C. C. M. et al. Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos. **Revista Eletrônica de enfermagem**, Campina Grande, v. 14, n. 3, p. 559, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 549.

MENEZES, M. M.; LOPES, C. T.; NOGUEIRA, L. S. Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.4, n.69, p.773-784, jul./ago. 2016.

MOURA, P.C. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em indivíduos hipertensos e diabéticos à luz de Orem. **Revista Rene**, v.6, n.5, p.1039-1046, nov./dez. 2014.

OLIVEIRA, G. K. S.; OLIVEIRA, E. R. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: Um enfoque na atenção primária em saúde. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, Jul/Dez. 2010.

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 2016.

PASQUALOTTO, K. R. ; ALBERTON, D. ; FRIGERI, H. R. Diabetes mellitus e Complicações. **J Biotec Biodivers**, v. 3, n.4, p. 134-145, Nov. 2012.

PENNAFORTE, V. P. S. et al. Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 912-919, set./out. 2016.

PEREIRA, F. G. F. et al. Abordagem clínica de enfermagem na prevenção do pé diabético. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 4, n. 26, p.498-504, out./dez. 2013.

PETERMANN, X. B. et al. Epidemiologia e cuidado à diabetes mellitus praticado na atenção primária à saúde: uma revisão narrativa. **Revista de Enfermagem Santa Maria**, v. 1, n. 41, p. 49-56, jan./jul. 2015.

ROCHA, R. G. Complicação do diabetes mellitus: uma revisão de literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 2, n. 13, p. 92-104, 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N.. **Epidemiologia & saúde**. 6a Ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora, p. 83-121, 2003.

RONCATO, P. A. Z. B.; ROXO, C. O.; BENITES, D. F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.4, n. 56, p.308-313, out./dez. 2012.

RUDGE, M. V. C. et al. Pesquisa translacional em diabetes melito gestacional e hiperglicemia gestacional leve: conhecimento atual e nossa experiência. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 57, n. 7, 2013.

SÃO PAULO. **Lei nº 10.782, de 9 de março 2001**. Define diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2001, mar,09).

SALES PERES, S. H. C. Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1197-1206, 2016.

SANTOS, M. A. et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 3, n. 45, p. 651-658, 2011.

SANTOS, R. S. A. F. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 268-282, Dez. 2015.

SCAIN, S. F. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.2, p. 14-20, jun. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200002>.
Acesso em: 19 mar. 2017.

SCOCHI, C. G. S. et al. Pós-graduação stricto sensu em enfermagem no Brasil: avanço e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. especial, n.66, p.80-89, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 2015-2016, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Enfermagem. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças. Cardiovasculares. Volume 1. **Florianópolis**: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2015.

SILVA, D. S. B. S. Processo de Enfermagem implementado ao cliente com Hipertensão, Diabetes Mellitus, Hepatite C: Estudo de Caso. **R. pesq.: cuid. Fundam.**, v.1, n. 5, p. 3196-3205, jan./mar. 2013.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; HINKLE, Janice L. et al. Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 2009.

SOUZA, D. A. S. et al. Avaliação da visita domiciliar para o empoderamento do autocuidado em diabetes. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 4, n. 30, p. 350-357, 2017.

SOUZA, L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Revista Ciências e Cognição**, v. 2, n.19, p. 218-232, 2014.

SOUZA, J. T. et al. Autocuidado e parâmetros clínicos em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Rene**, v. 16, n. 4, p. 479-485, Jul./Ago. 2015.. Disponível em:<<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2739>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.927-934, 2011.

TERENSE, A. C. F.; FILHO, E. E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização de pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. In: ENEGEP, 26^a, Fortaleza, Anais. p. 1-8, 2006.. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

TEIXEIRA, A. M. Risco de glicemia instável: revisão integrativa dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. especial, n. 25, p.01-12, 2017.

TESTON, E. F.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. **Escola Anna Nery**, v. 2, n. 21, p. 01-08, 2017.

TORRES, H. C.; CORTEZ, D. N.; REIS, I. A. Avaliação da educação em grupos de Diabetes na Atenção Primária à Saúde. **Ciência y Enfermería**, v.3, n.22, p. 35-45, 2016.

ZACHARIAS, F. C. M. Avaliação de estrutura e processo na atenção em Diabetes mellitus. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 2, p. 134-142, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: ATENÇÃO À SAÚDE EM DIABETES MELLITUS: AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO CUIDADO NA PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade nº _____, inscrito no CPF _____.

Nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “**ATENÇÃO À SAÚDE EM DIABETES MELLITUS: AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO CUIDADO NA PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES**”, declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam identificar condutas mais qualificadas no cuidado ao paciente com diabetes mellitus;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

- VI) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento
- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Esperança - PB, _____ de _____ de 2017.

Participante / Responsável

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____
Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Telefone para contato e endereço profissional:

Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, Campus Cuité. Sítio Olho D'Água da Bica. Telefone: (83) 3372-1900

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS ROTEIRO ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

ENFERMEIRO

BLOCO I – PERFIL SOCIOPROFISSIONAL	
Iniciais: _____	Titulação: () Graduação () Especialista
Idade: () 18 – 30 () 31-50 () Mais de 50	() Mestre () Doutor () PHD
Sexo: () Feminino () Masculino	Especialização: () Sim () Não
Qual: _____	
Tempo de atuação: () Menos de 01 ano () 01 a 05 anos () 06 a 10 anos () Acima de 11 anos	

- 01.** Você tem conhecimento sobre as complicações do Diabetes Mellitus? () Sim () Não
- 02.** Quais as possíveis complicações do DM que você tem conhecimento?
- 03.** Me fale um pouco sobre como você realiza as Consultas de Enfermagem diante do paciente com DM (procedimentos, condutas, encaminhamentos, estrutura intersetorial, organização da RAS).
- 04.** Você desenvolve algum tipo de atividade de educação em saúde direcionada ao paciente com DM?
() Sim () Não
Quais: _____
Com que frequência? () Semanal () Quinzenal () Mensal () Outro: _____
- 05.** Quais orientações dadas por você ao paciente com DM, para a prevenção e redução das complicações do DM?
- 06.** E quais orientações dadas por você ao familiar/cuidador do paciente com DM, para a prevenção e redução das complicações do DM?
- 07.** Que outras condutas/ações de Enfermagem você desenvolve para a prevenção e redução das complicações do DM?
- 08.** Você faz o acompanhamento de pacientes com DM por meio de visitas domiciliares? Me fale um pouco sobre a rotina dessas visitas.

ANEXO

ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE EM DIABETES MELLITUS

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69908117.6.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.344.555.

Apresentação do Projeto:

Consta de um estudo de campo transversal do tipo observacional e descritivo, com abordagem quanti qualitativa. Será desenvolvido nos municípios de Jardim de Piranhas, no estado do Rio Grande do Norte e, Esperança, no estado da Paraíba, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à Secretarias Municipais de Saúde. Para atender aos objetivos propostos no estudo, o domicílio dos usuários com DM cadastrados nas USFs será considerado como a unidade de informação para a coleta de dados com dois sujeitos de interesse desta investigação: a pessoa com DM e o seu respectivo familiar/cuidador. Para os enfermeiros, terceiro sujeito envolvido no estudo, a própria USF de atuação será considerada a unidade de informação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar as múltiplas dimensões do cuidado na prevenção e redução de complicações do diabetes mellitus.

Objetivo Secundário:

- Investigar as ações de enfermagem na prevenção e redução de complicações do diabetes mellitus;

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.344.555

- Conhecer as práticas comportamentais de pessoas com diabetes mellitus para prevenção e redução de complicações;
- Verificar a contribuição do familiar/cuidador no cuidado ao paciente com diabetes mellitus;
- Estudar a relação entre o cuidado individual, familiar e profissional na prevenção e redução de complicações;
- Analisar a relação entre as características sociodemográficas, comportamentais, clínicas e terapêuticas das pessoas com diabetes mellitus e a presença de complicações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- De um modo geral, esta pesquisa oferece riscos considerados mínimos aos participantes, pois os mesmos podem ficar inibidos no momento da aplicação do questionário. Tais riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido com a presença do pesquisador, o participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Benefícios:

- Dentre os benefícios do estudo, espera-se trazer contribuições significativas para a população acometida pelo diabetes mellitus, pois, a partir do resultado obtido, serão traçadas possíveis intervenções de enfermagem para que haja melhoria das condutas relativas à prevenção e redução de complicações associadas à doença, melhorando assim a qualidade de vida dos mesmos, como também, é uma forma de alertar as autoridades competentes e profissionais da saúde com relação a problemática, para que a partir de então, esta parcela da população seja melhor avaliada e assistida no âmbito da atenção primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou a seguinte documentação:

- Projeto detalhado;
- Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos;

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
 Bairro: São José CEP: 58.107-670
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.344.555

- Termo de Autorização Institucional da secretaria de saúde de Jardim das Piranhas- RN;
- Termo de Autorização Institucional da secretaria de saúde de Esperança- PB;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de compromisso para divulgação dos resultados;
- Termo de compromisso do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as solicitações.

APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_928109.pdf	03/10/2017 09:31:46		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSETIMENTOATUAL.pdf	03/10/2017 09:31:12	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODEAUTORIZACAOINSTITUCIONAL.pdf	07/06/2017 18:05:31	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODEAUTORIZACAO.pdf	07/06/2017 18:05:06	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODOPESQUISADOR.pdf	07/06/2017 18:04:18	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSO.pdf	07/06/2017 18:04:02	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOATENCAOASAUDEEMDIABETES.pdf	07/06/2017 18:02:15	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	07/06/2017 18:01:42	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
 Bairro: São José CEP: 58.107-670
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.344.555

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 23 de Outubro de 2017.

Assinado por:

**Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)**

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br