



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

FERNANDA TEIXEIRA DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES  
DO DIABETES MELLITUS: DISCURSOS DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

CUITÉ  
2018

FERNANDA TEIXEIRA DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES  
DO DIABETES MELLITUS: DISCURSOS DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

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 obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

CUITÉ  
2018

S729a

Souza, Fernanda Teixeira de.

Assistência de enfermagem na previsão de complicações do diabetes mellitus : discursos de enfermeiros da atenção primária / Fernanda Teixeira de Souza. - Cuité-PB, 2018.

42 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2018.

"Orientação: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira".

Referências.

1. Diabetes Mellitus. 2. Complicações do Diabetes. 3. Assistência de Enfermagem. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Nogueira, Matheus Figueiredo. II. Título.

CDU 616-083(043)

FERNANDA TEIXEIRA DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES  
DO DIABETES MELLITUS: DISCURSOS DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Fernanda Teixeira de Souza, 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. Anne Jaquelyne Roque Barreto**  
**Membro – UFCG**

---

**Profa. MSc. Heloisy Alves de Medeiros**  
**Membro – UFCG**

Cuité – PB, 05 de dezembro de 2018.

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus pais, Hilda e Valnez, que em meio a tantas adversidades, sempre lutaram por mim, nunca mediram esforços para que eu chegasse até aqui e me apoiam para que eu alcance voos muito mais altos. À minha melhor amiga e comadre Mércia Emanuella (*in memoriam*), que mesmo distante (fisicamente), me ensina a ser melhor diante de qualquer situação.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, onipotente, onipresente e onisciente, dono da inteligência suprema, que me concedeu a dádiva da vida, que me conduz e ilumina os meus caminhos me dando forças para acreditar nos meus sonhos, me fazendo crer que tudo posso, pois Ele está comigo e tem provado isso a cada novo dia.

Aos meus pais, Hilda e Valnez, meus maiores exemplos de dedicação, humildade, perseverança e bondade. Por lutarem incansável e arduamente todos os dias de suas vidas para que eu seja feliz e realizada. Obrigada por me ensinarem os reais e mais importantes valores da vida, por todo apoio, compreensão, cuidado e amor. Sem vocês, eu nada seria. Amo muito vocês!

À minha linda, santa e doce avó materna, Donina Teixeira (*in memorian*), que em sua infinita sabedoria alisava minha cabeça enquanto brigava comigo e que partiu repentinamente desta vida terrena, não me dando chances de cuidá-la como merecia, mas que me ensinou muitas coisas, dentre elas, as mais importantes: ter fé em Deus e respeitar e honrar os meus pais.

Aos meus amados irmãos Valnez Júnior, Vadson e Rafaela, por existirem em minha vida, por me fortalecerem, me amarem como sou, pela força, amizade e cuidado. Amo vocês demais!

A minha eterna amiga e comadre, Mércia Emanuella, minha Manu (*in memorian*), que tão cedo e inesperadamente foi viver ao lado do Pai, por me dar a oportunidade de conhecer o real significado de uma amizade verdadeira e por me presentear sua filha Maria como afilhada. Enfim, por me ensinar a ter um coração sempre grato e cheio de Deus e a perseverar diante dos meus sonhos. Essa conquista também é dela. Saudades, minha estrela. Te amo!

Ao meu namorado e amigo Vinícius, por todo apoio e companheirismo desde o início da minha graduação. Por todo incentivo e encorajamento diante das dificuldades, por muitas vezes abrir meus olhos e me fazer enxergar o meu próprio potencial. A você, meus mais sinceros agradecimentos. Te amo!

Ao meu mais que orientador e professor, Matheus Figueiredo Nogueira, amigo e grande exemplo de um verdadeiro mestre, por conduzir de forma tão tranquila essa trajetória. Por desde o início da graduação inspirar sede de conhecimento, por me aceitar como orientanda e “topar” minhas ideias mirabolantes. Muito obrigada pelas valiosas orientações, não apenas nesse estudo, mas durante todo o curso, principalmente durante a Monitoria de Enfermagem na Saúde do Idoso e nos encontros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ). Obrigada pela sabedoria, ensinamentos, confiança, amizade e conselhos. Você não me mostrou apenas o caminho

a ser seguido, mas me deu a mão e caminhou comigo até aqui. Muito obrigada pela oportunidade de realizar essa conquista!

Aos amigos que a graduação me presenteou: Myllene Miguel, Wallison Santos, Mariana Alencar, Julyana Falcão, Jéssika Guimarães e Fernanda Freitas. Obrigada pela amizade, carinho, companheirismo, cuidado, incentivo e zelo. Obrigada também pelos incríveis momentos compartilhados, sejam eles de alegria, tristeza, comemorações, comilanças ou aprendizado. Vocês são mais que amigos, são irmãos! Amo vocês.

De forma especial, agradeço à minha dupla, amiga e irmã Myllene Miguel, por se fazer presente em todos os melhores e piores momentos da minha vida, por dividir comigo grandes alegrias, tristezas, casa, comida, contas, problemas e anseios da vida adulta. Sem dúvidas, sua parceria tornou essa jornada mais fácil e especial. E ao meu irmão Wallison Santos, que sempre esteve do meu lado, dando puxões de orelha, compartilhando momentos inesquecíveis ao meu lado. Obrigada por tudo, principalmente por contribuir imensamente na minha formação acadêmica. Amo vocês!

À minha grande amiga e comadre Blandina Dutra e ao meu eterno quarteto, composto pelas minhas amigas de infância e da vida: Camila, Luciana e Paula. Obrigada por compartilharem comigo momentos de descoberta, crescimento e superações. Amo vocês!

A Cuité, por me proporcionar vivenciar momentos enriquecedores e por colocar pessoas incríveis na minha vida: Izanna, Jéssica, Poliana, Taiza, Bruna, Bruno, Caique, Pedro, Rael, Viviany, Luana, Nelly, e em especial, Mabrine que topou realizar esse projeto tão grandioso comigo. Amo vocês!

A todos os professores do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, pelos ensinamentos e experiências compartilhados, em especial às professoras Heloisy Medeiros e Anne Jaquelyne Barreto, que desde o início da graduação foram sinônimos de inspiração para mim e que hoje, compõe a banca examinadora do meu Trabalho de Conclusão de Curso. Muito obrigada por todas as contribuições!

As 71 pessoas com diabetes mellitus da cidade de Jardim de Piranhas/RN que foram entrevistadas e seus respectivos familiares/cuidadores, que abriram as portas de suas casas e compartilharam comigo suas vivências, dores, medos e superações. Desejo que futuramente, a coleta de dados referente aos mesmos rendam valiosas publicações e grandes contribuições para traçar estratégias que promovam a melhoria da qualidade de suas vidas.

Aos enfermeiros das ESF's que aceitaram participar desse estudo e contribuíram para a realização desse sonho, obrigada por compartilharem comigo suas vivências! Aos Agentes Comunitários de Saúde, por terem contribuído de maneira tão solícita na

realização da coleta de dados, inclusive me acompanhando em cada casa. Muito obrigada!

Minha eterna gratidão a todos que direta ou indiretamente me ajudaram na realização desta pesquisa.



*“O Senhor é a minha riqueza e o meu cálice de bênçãos. Ele é o alicerce que sustenta a minha vida. Ele providenciou para que meu pedaço de terra fosse terra bonita, com riachos e campos. Tenho uma bela herança. Em voz alta louvarei o Senhor porque Ele ensina o meu coração. Fiz do Senhor a minha companhia constante. Enquanto ele estiver do meu lado, não tropeçarei. O Senhor me mostrará os caminhos da vida. Toma conta de mim como a menina dos seus olhos; protege-me à sombra das suas asas” (Poema e Oração de Davi – Bíblia Sagrada).*

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS: DISCURSOS DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fernanda Teixeira de Souza  
Matheus Figueiredo Nogueira

## RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar a atuação da Enfermagem na prevenção 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 05 enfermeiros do município de Jardim de Piranhas - RN durante os meses de junho e setembro de 2018 a partir da utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado. A análise de dados foi norteada pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre e Lefèvre. Os resultados apontam que os enfermeiros detêm limitado conhecimento sobre as complicações do diabetes e essa fragilidade pressupõe o possível comprometimento da assistência prestada. A consulta de enfermagem é genérica e sustentada no modelo biomédico, sendo o processo de enfermagem negligenciado no conjunto das suas etapas, embora haja a perspectiva do cuidado em rede. As atividades de educação em saúde ocorrem apenas de forma mensal e a baixa adesão dos usuários nas consultas de enfermagem foi destacada pelos enfermeiros e revela-se um forte determinante da fragmentação do vínculo. Os enfermeiros devem superar o desafio de incluir nos programas de atenção em diabetes o atendimento global ao paciente, os programas de educação em saúde, a elaboração de projetos terapêuticos singulares e o fortalecimento da relação profissional-usuário-família.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; complicações do diabetes; assistência de enfermagem; atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the Nursing performance in the prevention of complications of diabetes mellitus, from the point of view of nurses of the Family Health Strategy. This is an observational and descriptive study of a qualitative nature. We interviewed 05 nurses from the municipality of Jardim de Piranhas - RN during the months of June and September of 2018, using a semi-structured interview script. Data analysis was guided by the technique of Collective Subject Discourse proposed by Lefèvre and Lefèvre. The results indicate that nurses have limited knowledge about the complications of diabetes, and this fragility presupposes the possible impairment of the care provided. The nursing consultation is generic and sustained in the biomedical model, and the nursing process is neglected in all of its stages, although there is the perspective of network care. The education activities occur only on a monthly basis and the low adherence of users to nursing consultations was highlighted by nurses and is a strong determinant of link fragmentation. Nurses must overcome the challenge of including global patient care, health education programs, the development of unique therapeutic projects and the strengthening of the professional-user-family relationship in diabetes care programs.

**Keywords:** Diabetes Mellitus; complications of diabetes; nursing care; primary health care.

## 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. Representa, em termos econômicos e sociais, uma alta carga, devido aos custos associados, mortalidade prematura e incapacidades permanentes ou temporárias decorrentes das complicações (IDF, 2015; SBD, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), em 1980 o número de pessoas acometidas por DM era cerca de 108 milhões (4,7%). Em 2015, a IDF apontou que 1 em cada 11 adultos tem DM, representando 415 milhões de pessoas em todo o mundo, com gastos gerados superiores a 670 bilhões de dólares. Além disso, a estimativa mundial para 2040 é de 642 milhões de pessoas com DM, 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 está associado a diversos fatores e tem sido identificado em todas as regiões do mundo em virtude da rápida urbanização, transição epidemiológica, estilo de vida sedentário, excesso de peso, aumento da expectativa de vida, exponencial crescimento da população idosa, e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (BRASIL, 2016; SND, 2018). De acordo com os dados obtidos no DataSUS, a prevalência do DM em nível nacional era de 11,7% em 2012 (BRASIL, 2013).

Ainda no contexto brasileiro, no ano de 2015, os dados da Sociedade Brasileira de Diabetes, apontam que haviam cerca de 14,5 milhões de pessoas com DM, com metade dos casos ainda não diagnosticados, tornando o Brasil o 4º entre os 10 países com maior número de indivíduos com diabetes. A estimativa é que no ano de 2040 o número de pessoas com DM seja de 23,2 milhões, totalizando 9,4% da população, resultando em gastos de US\$ 21,8 bilhões.

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 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.

Evidências apontam que indivíduos com a doença mal ou não controlada desenvolvem mais complicações do que aqueles com o diabetes bem controlado. Apesar disso, as complicações do diabetes podem ser encontradas mesmo antes da hiperglicemia, evidenciando a grande heterogeneidade dessa desordem metabólica (SBD, 2018; BRASIL, 2016).

As complicações do diabetes constituem as principais causas de mortalidade precoce na maioria dos países, cerca de 5 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos morreram por diabetes em 2015, resultando em um óbito a cada 6 segundos. As complicações do diabetes são categorizadas como distúrbios microvasculares e macrovasculares (SBD, 2018).

Nessa lógica, as complicações do DM configuram-se umas das maiores causas de incapacidades e mortalidade, as quais se manifestam 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 consequente impacto nas internações hospitalares e na qualidade de vida dos indivíduos, evidenciam a necessidade de elaboração e implementação de estratégias eficazes para a prevenção, controle e tratamento. É evidente, portanto, que a atenção ao DM requer um cuidado intersetorial, multiprofissional e sob a forma de rede, especialmente 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 de atenção à saúde; 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).

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).

Sustentado pelo Processo de Enfermagem, o cuidado do enfermeiro frente aos indivíduos com DM envolve uma diversidade de vertentes que vão desde as orientações sobre estilos de vida e tratamento, até o desenvolvimento de planos de intervenções que visem mudanças no autocuidado e no encorajamento e empoderamento desses pacientes diante da sua condição de saúde.

Ao considerar a relevância do papel da enfermagem na educação em saúde e no acompanhamento das pessoas com DM, suas ações devem estar alicerçadas em conhecimentos científicos para a implementação de práticas emancipatórias, criação de vínculo e embasadas a partir de uma consulta integral. Assim, destacar a atuação do enfermeiro no processo de educação desses pacientes provoca inquietações.

Diante do exposto, foram levantados os seguintes questionamentos: Como são realizadas 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 das complicações do DM? Que orientações e medidas essenciais são adotadas pelos enfermeiros para o efetivo cuidado na prevenção de complicações do DM? Para responder tais questionamentos, foram propostos os seguintes objetivos: analisar a assistência de Enfermagem na prevenção de complicações do diabetes mellitus, sob a ótica de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família; investigar os elementos que integram a Consulta de Enfermagem ao paciente com diabetes mellitus no contexto na atenção primária à saúde; e identificar o conjunto de ações de Enfermagem na prevenção de complicações do diabetes mellitus.

## **MÉTODOS**

Consta de um estudo observacional e descritivo, com abordagem qualitativa, resultante de um recorte do projeto universal “*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.

Foi desenvolvido no município de Jardim de Piranhas, no estado do Rio Grande do Norte, especificamente nas sete Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde. Participaram do estudo cinco enfermeiros, após considerar o efetivo exercício na UBSF e realizar o acompanhamento do Programa Hiperdia há, no mínimo, 06 (seis) meses, como critério de inclusão.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de junho e setembro de 2018 por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. Para guiar o processo de coleta foi utilizada a técnica da entrevista, 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.

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. 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, foram respeitados os seguintes passos operacionais: seleção das expressões-chave de cada discurso particular; identificação da ideia central de cada uma das expressões-chave, constituindo a síntese dos conteúdos; identificação das ideias semelhantes ou complementares, transcrevendo-se literalmente os termos utilizados pelas participantes do estudo; e 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 DSC.

A ética do presente estudo teve 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). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

Universitário Alcides Carneiro (CAAE nº 69908117.6.0000.5182 e Parecer nº 2.344.555).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 05 participantes e o perfil socioprofissional investigado revela que todas são enfermeiras (sexo feminino); 80% estão na faixa etária de 31 a 50 anos de idade; com relação ao tempo de atuação profissional, verifica-se que a maioria (60%) exerce a profissão entre 01 e 05 anos; e quanto à variável pós-graduação, observou-se que 80% da amostra apresenta apenas especialização.

### *Atuação do enfermeiro na prevenção de complicações do diabetes*

As Ideias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) estão organizados em quadros para uma melhor apresentação dos resultados obtidos através dos questionamentos direcionados aos enfermeiros. Inicialmente, os profissionais foram questionados quanto ao conhecimento das complicações advindas do DM, como exibido no Quadro 1.

**Quadro 1** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construídos a partir do questionamento: “Quais as possíveis complicações do DM que você tem conhecimento?”.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Conhecimento de enfermeiros sobre as complicações do DM	<i>“Retinopatia, das úlceras, da questão do pé diabético” (E1). “As neuropatias [...], as complicações da visão” (E2). “Complicações renais, cardiológicas, circulatórias [...], a sensibilidade periférica [...], o pé diabético que é uma das complicações assim, que provocam mais amputações” (E3). “Desde paralisação de rim, [...] amputação de membros [...]” (E4). “Doenças com relação à sensibilidade” (E5).</i>

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com os resultados revelados no Quadro 1, de maneira geral, é possível perceber que os profissionais de enfermagem têm limitado conhecimento sobre complicações do DM. Em seus discursos, não foram citadas, por exemplo, as

complicações agudas da doença. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), as complicações agudas demandam ações imediatas e instruções para o manejo. A orientação adequada é fundamental para evitar que o quadro clínico evolua de forma mais grave.

O DM destaca-se por ser uma condição crônica multifacetada e pela gravidade de suas complicações. Diante de sua alta morbimortalidade, o DM deve ser investigado em relação às complicações agudas e crônicas, pois quando não controlado, ao longo do tempo pode desencadear disfunção de diversos órgãos, principalmente olhos, nervos, coração e rins. Similarmente, a doença está associada ao elevado risco de complicações micro e macrovasculares, provocando cegueira, insuficiência renal, amputação de membros e, conseqüentemente, o comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013; BERTOLDI et al., 2013; CORTEZ et al., 2015).

Para Pimouguet et al (2011) e Bozorgmehr et al (2014), o índice de complicações aumenta com o passar dos anos, por isso é imprescindível ter conhecimento sobre este fenômeno para que se possa planejar medidas que reduzam o aparecimento de complicações de forma precoce. Corroborando esta afirmativa, pesquisa realizada por Cortez et al. (2015) evidencia que entre os usuários com diagnóstico de DM há mais de 10 anos, o percentual daqueles que apresentam complicações (32,2%) é maior do que entre os que possuem diagnóstico há menos de 10 anos (12,1%).

Medeiros (2014) ressalta em seu estudo que a prevenção do DM e de suas complicações constitui uma prioridade na saúde pública e que o atendimento integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio, especialmente para a Enfermagem. Compete ao enfermeiro conhecer e identificar precocemente as possíveis complicações que podem acometer o indivíduo, para que se possa intervir na prevenção destas. A partir do vínculo estabelecido entre o profissional e o usuário, torna-se evidente a relevância da assistência de enfermagem para a prevenção e o retardo de complicações. Nesse sentido, para garantia de uma assistência integral, é crucial que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a doença e suas complicações (OLIVEIRA, 2010; CARVALHO; SILVA, 2016).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) destaca o enfermeiro como um profissional capacitado a realizar assistência integral as pessoas e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF) e, quando necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários. A Sociedade Brasileira de Diabetes (2018) corrobora ao ratificar que a



assistência de enfermagem deve auxiliar o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, fortalecendo a compreensão dos riscos à saúde, promovendo ações que suplementem o conhecimento sobre os fatores de risco e vulnerabilidades relacionados, garantindo um bom controle metabólico e prevenção de complicações.

Encarnação, Santos e Heliotério (2017) evidenciam que na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS), a assistência de enfermagem, a partir da sistematização do cuidado, exerce importante papel e ressaltam a Consulta de Enfermagem (CE) como sendo uma ferramenta eficaz, de pequeno custo e de vasta repercussão. Em consonância com o exposto, tornou-se relevante questionar aos enfermeiros deste estudo de que forma são realizadas as CE. O resultado está exposto no Quadro 2 a seguir.

**Quadro 2** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construídos a partir do questionamento: “Me fale um pouco sobre como você realiza as consultas de enfermagem diante do paciente com DM”.

<b>IDEIA CENTRAL I</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
Investigação como elemento da Consulta de Enfermagem	<i>“A gente faz toda a parte de exame físico, desde a parte de triagem com a verificação da PA, da glicemia [...], pega o histórico desse paciente” (E1). “[...] eu faço a entrevista, vejo como é que tá a alimentação desse paciente, a adesão ao tratamento, faço a anamnese clínica, observando principalmente o pé diabético” (E3). “Eu avalio toda a questão tegumentar né, da pele, da sensibilidade” (E5).</i>
<b>IDEIA CENTRAL II</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
Recomendações e Solicitações	<i>“Vê quando foi que ele realizou exames, como é que estão as medicações [...], eu gosto de explicar a administração da insulina nos outros locais” (E1). “Faço a solicitação dos exames de rotina [...]” (E3). “A gente orienta a procurar a unidade pra ter o acompanhamento e não procurar a unidade só pra o medicamento” (E4). “[...] ver se tem exames solicitados recentemente” (E5).</i>
<b>IDEIA CENTRAL III</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
Acompanhamento Multiprofissional	<i>“[...] se ele precisa de algum encaminhamento pra especialista [...] é o NASF em conjunto com a unidade” (E1). “Encaminhamento pra nutricionista ou endocrinologista [...] a gente tem encontros com a equipe do NASF, a gente desenvolve atividades com o educador físico, com psicólogo, a gente tenta fazer junto com os agentes de saúde pra fazer roda de conversa [...]” (E4).</i>
<b>IDEIA CENTRAL IV</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>

Baixa adesão da população diante das Consultas de Enfermagem	<p><i>“Infelizmente não tem aquela adesão né” (E1). “A gente tá tentando resgatar esses pacientes, tá fazendo a busca ativa [...] pra depois ir para as consultas de enfermagem, que na verdade não estão sendo feitas” (E2). “[...] dificilmente chega um paciente pra fazer uma consulta” (E3). “Tem muitos que não tem esse vínculo com a unidade” (E4).</i></p>
--	---

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme observado em seus discursos, as enfermeiras executam diferentes atividades centradas no levantamento de dados, a partir de investigações pautadas em anamnese, exame físico e solicitações de exames e encaminhamentos a outros segmentos, notando-se que a CE ainda está enraizada no modelo biomédico. É possível destacar a intersectorialidade como estratégia de acompanhamento. Todavia, os usuários de forma geral não buscam o serviço de prevenção. Além disso, nenhum profissional referiu a utilização do Processo de Enfermagem (PE) durante as consultas. Apesar de incluíram em seus discursos itens que correspondem às etapas metodológicas do PE, pode-se inferir que a primeira etapa, assim como as demais, ocorrem de maneira incompleta. Outro aspecto pontuado foi a baixa adesão da população diante das CE.

A CE está pautada pela Lei nº 7.498/86, sendo um atributo em todos os níveis da assistência à saúde em instituições públicas e privadas. Para Scain (2013), a CE contribui com a resolutividade das necessidades dos pacientes, pois oportuniza um espaço que abrange promoção à saúde, resultando no fortalecimento de vínculos que favorecem as mudanças de comportamento ou estilo de vida dos usuários.

Para Alencar (2017), ao utilizar o julgamento clínico e o conhecimento científico, a CE possibilita avaliar as necessidades da pessoa com diabetes, assim como os aspectos que influenciam o tratamento. Silva et al (2014), em pesquisa descritiva com 14 enfermeiros das ESF's de Picos, Piauí, constataram que a CE ao usuário com diabetes não está instituída como uma prática em sua plenitude nas unidades investigadas e que ainda é realizada de acordo com o modelo biomédico, corroborando com os achados do presente estudo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) evidencia que o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM deve ser realizado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Função esta, privativa do enfermeiro, que através de conhecimentos científicos, identifica situações de vulnerabilidade do processo saúde-doença dos indivíduos e subsidia ações de assistência possibilitando organizar e

sistematizar o trabalho dos profissionais de enfermagem, viabilizando a operacionalização do PE (TAVARES et al, 2013).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), no Caderno “Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus” determina passos para uma efetiva CE, a qual deve ser embasada no PE e cita inicialmente o Histórico/Investigação como sendo elemento fundamental na consulta. A investigação é considerada uma coleta contínua e planejada sobre o estado de saúde do indivíduo, família e comunidade para monitorar evidências de problemas e fatores de risco associados (CHAVES; SOLAI, 2015).

A investigação deve ocorrer de forma ampla e completa a partir da identificação da pessoa com dados socioeconômicos, vulnerabilidades, potencial para autocuidado, antecedentes familiares, queixas, percepção da pessoa diante da doença, hábitos de vida e fatores de risco. Não ocorrendo dessa forma, a primeira fase do PE é comprometida, interferindo significativamente na continuidade do cuidado, já que as etapas estão interligadas e quando não desenvolvidas de maneira adequada, interferem no julgamento clínico (BRASIL, 2013; SILVA et al., 2014; CHAVES; SOLAI, 2015).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) preconiza que o exame físico seja realizado de forma integral, sobretudo ao paciente em condição crônica. Os parâmetros avaliados são: altura, peso, circunferência abdominal e IMC; pressão arterial com a pessoa sentada e deitada; alterações de visão; exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase; frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar; avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas; membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações: capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas; pés: bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas.

É necessário que se obtenha um panorama quanto aos problemas e necessidades do paciente para que um plano assistencial seja traçado. Diante dessa perspectiva, é relevante identificar previamente os fatores de risco e as complicações que podem acometer a pessoa com DM, e assim determinar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) para suprir e conduzir as necessidades do cuidado (BRASIL, 2013; SBD, 2016).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) aponta que o Planejamento da Assistência compreende estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores e determinar metas. Quando oportuno, deve-se realizar encaminhamentos a outros profissionais de saúde, além de solicitar e avaliar

exames. É importante que o enfermeiro mantenha uma comunicação com toda a equipe para que se amplie o propósito do planejamento, envolvendo todos os profissionais de Saúde e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), além de compreender a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013; SBD, 2018).

De acordo com os achados da pesquisa é possível constatar que os participantes mencionam a necessidade de um acompanhamento multiprofissional para os indivíduos que convivem com o DM, citando principalmente condutas como encaminhamentos aos demais profissionais da saúde. Santos et al (2015) apontam que o encaminhamento direcionado a outros níveis de atenção tem sido implantado com êxito nas ESF's. Esse resultado corrobora o presente estudo e evidencia a eficácia da articulação da APS com os demais serviços da rede, sendo assim, alcançando um dos principais objetivos, o cuidado em rede, mesmo apresentando limitações quanto ao processo de contrarreferência.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) recomenda que a CE ao paciente com diabetes, envolva ações como estratificar o risco cardiovascular; orientar mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso; verificar adesão e possíveis intercorrências ao tratamento; estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento; e realizar o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco, além de incentivar medidas de autocuidado.

Para Garuzi (2017), o vínculo é uma relação de cumplicidade entre usuários e profissionais, sendo a base para a construção de confiança mútua. O reconhecimento do serviço pela comunidade, respeito e empatia são indispensáveis na construção do vínculo. Nessa perspectiva, a CE pode ser considerada uma valiosa estratégia de cuidado, favorecendo o desenvolvimento de ações e laços de confiança, subsidiando condições para melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Nesta perspectiva, as intervenções de enfermagem devem ser abrangentes e centradas em medidas que conduzam a prática do autocuidado. A superação do modelo biomédico nas consultas é um desafio que se apresenta ao enfermeiro, pois em alguns casos seus conceitos ou práticas com foco na promoção da saúde ainda são incipientes (BEZERRA et al, 2008; TEIXEIRA, 2010; SCAIN et al, 2013). Nessa linha de raciocínio, os participantes do estudo foram questionados sobre quais orientações dadas ao paciente com DM e aos familiares/cuidadores para a prevenção das complicações. O resultado está apresentado no Quadro 3, a seguir.

**Quadro 3** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construídos a partir do questionamento: “Quais as orientações dadas ao paciente com DM e aos familiares/cuidadores para a prevenção das complicações?”

<b>IDEIA CENTRAL I</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
Orientações acerca do Tratamento	<i>“A alimentação, sedentarismo, a prática de atividade [...] adequação da medicação no controle e no horário” (E1). “[...] seguir uma dieta” (E2). “[...] atenção especial à alimentação, a atividade física” (E3). “[...] orientações sobre alimentação saudável” (E4). “É o controle da [...] na alimentação, na atividade física. Principalmente o controle com a medicação, horário [...]” (E5).</i>
<b>IDEIA CENTRAL II</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
Orientações preventivas	<i>“[...] ele ter consciência do problema que tem e do que isso pode causar nele” (E1). “[...] manter o controle né, não deixar descompensar” (E2). “calçados confortáveis, de preferencia fechados” (E3). “[...] explicar os sintomas da hiperglicemia, da hipoglicemia [...], ter bastante cuidado com a pele, com os pés, secar direitinho” (E5).</i>
<b>IDEIA CENTRAL III</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
Orientações ao familiar/cuidador para prevenção de complicações	<i>“São as mesmas orientações [...]” (E3). “Eu me baseio nas mesmas orientações de alimentação, da prática de atividade física, da adequação [...] armazenamento da medicação, controle de horário e da administração [...]” (E1). “Pra observar também e ter um controle mais rigoroso na questão do pé diabético [...]” (E2). “[...] o cuidador não tornar essa pessoa, esse diabético totalmente dependente [...]” (E4). “Ajudar ele, ele ser um participante pra controlar a diabetes, vê se a pessoa tá seguindo direitinho todas as recomendações” (E5).</i>

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

A partir do discurso das participantes do estudo, constatou-se que as orientações quanto ao tratamento estão pautadas em práticas de atividades físicas, alimentação saudável e adequação de medicações relacionando ao horário e dosagens. Observa-se ainda a emissão de orientações preventivas, focadas na conscientização de educação em diabetes. É importante destacar que dois enfermeiros referiram orientações sobre cuidados com pele e pés e um citou a orientação quanto aos sintomas de hipo e hiperglicemia.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) determina que o processo educativo preconize a orientação de medidas que comprovadamente melhorem a qualidade de

vida, como hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo. Esses hábitos de vida saudáveis, junto com o tratamento farmacológico constituem a base do tratamento do DM, atuando de forma direta no controle glicêmico e de outros fatores de risco.

Segundo a *American Diabetes Association* (2011), todas as pessoas com DM devem ser orientadas sobre a importância da adoção de medidas para mudanças no estilo de vida. Corroborando, neste estudo, é possível constatar que os enfermeiros orientam quanto à alimentação saudável, prática de atividade física e adesão ao tratamento medicamentoso. A *American Association of Diabetes Educators* (AADE) sugere ainda a adoção de sete comportamentos de autocuidado que devem ser adotados por pessoas que convivem com o DM, sendo o primeiro deles “comer saudavelmente”, que inclui: fazer escolhas alimentares saudáveis considerando o tamanho das porções e os melhores horários para consumi-las (SBD, 2017-2018).

Os resultados encontrados no estudo de Macedo et al (2017) sugerem que as orientações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem proporcionaram controle e gerenciamento do diabetes mellitus tipo 2, aumento da participação dos usuários na gestão da condição, aumento do empoderamento e da adesão às práticas de autocuidado, principalmente para uma alimentação saudável e prática de exercício físico, além de melhora dos níveis glicêmicos sanguíneos.

A prática de atividade física é um importante pilar do tratamento do diabetes, tendo em vista que o sedentarismo tem impacto significativo no controle glicêmico, pois contribui para o excesso de peso, hipertensão arterial e risco cardiovascular. A prática de atividade física é fundamental no controle do DM, pois aumentam a captação de glicose pelo tecido muscular. Além de melhorar os índices glicêmicos, o exercício físico contribui para a perda de peso e previne o DM tipo 2. Portanto, cabe ao profissional de saúde estimular indivíduos com diabetes a praticar exercício físico regularmente (BRASIL, 2013).

A SBD (2017-2018) completa este raciocínio ao afirmar que a atividade física induz maior capilarização das fibras musculares e melhora a sensibilidade dos tecidos à insulina, facilitando o metabolismo glicídico. Além disso, educadores em diabetes devem estar atentos a possíveis fragilidades nesse contexto, como limitações físicas, ambientais, psicológicas e de tempo para que se desenvolva um plano com atividades equilibradas e apropriadas. No estudo qualitativo de Arbuino et al (2015), entre os

dezesseis (16) enfermeiros da Atenção Básica que foram entrevistados, três (03) realizaram orientações sobre a prática de exercício físico.

Os resultados do estudo de Costa e Coutinho (2016) vislumbram que apesar dos participantes relatarem seguir ou não a dieta e atividades físicas, foi possível identificar que a ingestão da medicação foi unanimidade. Segundo a *American Association of Diabetes Educators* (AADE), outra medida de comportamento que o indivíduo que convive com o DM deve adotar, é tomar os medicamentos. Por ser uma condição progressiva, a equipe de saúde deve avaliar o uso dos medicamentos e fornecer informações de como estes atuam no organismo.

A SBD (2017-2018) destaca que o tabagismo é considerado um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de diabetes tipo 2. Além disso, o consumo de cigarros por indivíduos que convivem com o DM influencia negativamente no controle da doença e favorece o estabelecimento de complicações. Do mesmo modo, o consumo de álcool afeta a alimentação e a glicemia, prejudicando o controle do DM2. Frente ao exposto, os profissionais da saúde devem discutir junto aos indivíduos com a doença, medidas para abandono dessas práticas. Destaca-se que orientações quanto ao abandono do consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo não foram observadas nos discursos dos participantes desse estudo.

Para Pereira et al. (2013), o profissional de saúde deve fornecer 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 para prevenir lesões.

Chaves, Teixeira e Silva (2013), ao analisar discursos de pacientes com DM, demonstraram que do total de 32 entrevistados, 97% consideram a consulta com o enfermeiro de grande importância, e que, por meio desta, obtiveram uma melhora significativa nas suas vidas. Além disso, os autores evidenciam que 100% dos entrevistados referiram que o papel do enfermeiro é ensinar e orientar no seu autocuidado. Por outro lado, o discurso dos participantes do estudo faz referência à baixa adesão dos indivíduos com DM frente as CE, podendo inferir que estes usuários não enxergam como necessária ou relevante. De acordo com os relatos, não há vínculo entre o paciente e os profissionais da ESF, sendo necessária uma reflexão acerca das fragilidades que permeiam a realização dessas consultas e os fatores que potencializam a não formação de vínculo.

A atenção em diabetes perpassa o cuidado individual, sendo necessário o envolvimento de familiares e cuidadores. Carvalho e Silva (2016) afirmam que as orientações fornecidas pelos profissionais da saúde aos indivíduos que convivem com DM devem ser estendidas aos seus familiares ou pessoas responsáveis pelo seu cuidado. A partir dos depoimentos obtidos neste estudo, constata-se que as orientações fornecidas aos familiares/cuidadores são similares às aquelas fornecidas aos indivíduos acompanhados pela ESF's e estão embasadas no estímulo à alimentação saudável, prática de atividade física e recomendações sobre os cuidados que permeiam o tratamento medicamentoso. É importante destacar que os discursos elucidam o familiar/cuidador como participante do tratamento, sendo capaz de auxiliar e supervisionar o cuidado.

Souza e Alves (2016), ao estudarem a percepção de indivíduos com DM acerca da participação familiar em seu tratamento, constataram que o envolvimento familiar no alcance do controle glicêmico e na qualidade de vida é de grande importância, pois os entrevistados apontaram a família como um importante aliado, tanto na aceitação de hábitos necessários como na motivação para adoção de comportamentos de autocuidado e atribuíram ao familiar às tarefas de controle e vigilância, uma vez que, estes monitoram e, às vezes, procuram evitar que cometam excessos, principalmente em relação à alimentação.

De acordo com a SBD (2017-2018), o cuidado efetivo do diabetes requer um envolvimento de toda a família. Além disso, destaca que as relações familiares representam a variável mais importante para determinar a adesão ao tratamento, pois quando há apoio familiar há um melhor controle metabólico. Em consonância, Garcia et al. (2017) destacam que o familiar/cuidador é considerado 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.

Teston, Sales e Marcon (2017) apontam que indivíduos que convivem com DM sem apoio familiar, geralmente têm resistência ao tratamento e à adoção de mudanças de hábitos. Uma das maiores dificuldades nesse contexto relaciona-se com o apoio familiar principalmente nos momentos destinados às refeições. Para a SBD (2017-2018), a limitada comunicação entre o profissional da saúde e o paciente, assim como a falta de apoio dentro e fora da família são fatores associados à baixa adesão ao tratamento e conseqüentemente à manifestação das complicações.



Estratégias que promovam mudança de comportamento bem como programas de educação em saúde são fundamentais e fazem parte do tratamento do DM. Diante disso, tornou-se relevante questionar aos enfermeiros deste estudo se os mesmos desenvolvem algum tipo de atividade de educação em saúde direcionada ao paciente com diabetes e com qual frequência. Os discursos estão apresentados no Quadro 4, a seguir.

**Quadro 4** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construídos a partir dos questionamentos: “Você desenvolve algum tipo de atividade de educação em saúde direcionada ao paciente com DM? Qual a frequência dessas atividades?”

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Composição e frequência de grupos Hiperdia como estratégia de Educação em Saúde	<p><i>“É no Hiperdia. Coletivas, uma vez ao mês” (E1). “[...] só o Hiperdia mesmo. A gente tá fazendo uma vez no mês” (E2). “Nós estamos com o grupo de hipertensos e diabéticos. Tá em andamento, mas uma vez por mês a gente tá tentando se reunir” (E3). “Sim. A gente tem o grupo de Hiperdia. Mensal. Toda segunda segunda-feira de cada mês a gente tem” (E4). “Na unidade a gente tem o Hiperdia, uma vez ao mês” (E5).</i></p>

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Ao serem questionados quanto ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde, todos os participantes do estudo relataram a formação de grupos de Hiperdia como estratégia de educação em saúde e que a frequência dessas atividades é mensal. É importante destacar que os enfermeiros não mencionaram de que forma efetuam tais atividades.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a Educação em Saúde (ES) é um conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Já a SBD (2017-2018), caracteriza a ES como um processo de responsabilidades dos serviços de saúde e das instituições sociais junto com a população. Assim, é importante que a opinião da população sobre suas necessidades seja levada em conta. Para tanto, os valores e tradições devem ser conhecidos e respeitados.

Falkenberg et al. (2014) defendem que a ES trata-se de um recurso por meio da qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos

hábitos e condutas comportamentais. Para uma efetiva educação em saúde, se faz necessário a articulação entre os seguimentos prioritários: profissionais de saúde que valorizem a promoção e prevenção da saúde, gestores, que apoiem esses profissionais e a população, carente de conhecimentos e práticas sensíveis ao cuidado individual e coletivo.

Ao analisar e comparar os conceitos de educação em saúde é possível refletir que tem como principal objetivo a mudança comportamental positiva para a saúde a partir de estratégias que garantam e forneçam a autonomia e emancipação do usuário. Por outro lado o programa Hiperdia destina-se o cadastramento e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos no Sistema Único de Saúde e gera informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos (BRASIL, 2013). É nesse sentido que observa-se a fragilização da proposta da ES uma vez que a realização das atividades educativas é restrita aos encontros mensais do programa.

Segundo o MS (2013), o processo educativo deve preconizar a orientação de medidas que melhorem a qualidade de vida, como hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo. A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida. A assistência de enfermagem para a pessoa frente à pessoa com DM deve está centrada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica.

As práticas de ES pautadas na troca de experiências, escuta qualificada e embasadas no modelo dialógico proporcionam um ambiente no qual o usuário pode expressar suas queixas, dúvidas, sentimentos e anseios, adquirindo assim autonomia e confiança frente às suas necessidades e prática do seu autocuidado (MACEDO et al, 2017). A AB é o nível de atenção à saúde mais propício para o desenvolvimento da ES, pois promove atenção integral (BRASIL, 2013; FLISCH, et al., 2014).

Estudo realizado em Londrina/PR comparou a efetividade de duas estratégias educativas e evidenciou que a educação em grupo possui impacto positivo na melhora do autocuidado e do controle glicêmico. A educação em saúde na modalidade de grupo é considerada a mais adequada, pois atinge um maior número de indivíduos, além de

objetivar aproximar os indivíduos com DM dos seus familiares, comunidade e profissionais de saúde (IMAZU et al., 2015; BRITO et al., 2016).

Corroborando, Macedo et al. (2017), em ensaio clínico randomizado realizado em Divinópolis/MG, avaliaram a adesão e o empoderamento dos usuários com DM tipo 2 para as práticas de autocuidado e controle glicêmico na educação em grupo e constataram que seus efeitos proporcionam o aumento nas escalas de adesão e empoderamento às práticas de autocuidado, além de melhora dos níveis glicêmicos.

Faria et al. (2013), em estudo cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus, antes e após a participação em um programa educativo de cinco meses, constatou uma melhora em quase todos os domínios e que a participação dos sujeitos no programa educativo contribuiu para a melhoria da percepção sobre seu estado de saúde.

Ao visar à educação para o autocuidado em diabetes, a educação em grupo tem apresentado resultados positivos. Essa estratégia, quando abordada por meio da valorização do usuário, é considerada efetiva na prevenção de complicações, pois fortalecem a autonomia e adesão às práticas de autocuidado (TORRES et al, 2011; LOPES, 2015).

David e Torres (2016), ao discutirem a importância da capacitação dos profissionais, constataram em estudo que todos os enfermeiros consideram que a proposta é interessante, pois na maioria das vezes os profissionais acabam conduzindo as práticas educativas com pouco preparo, gerando insegurança, dúvidas e insatisfação no final do trabalho. Além disso, os autores destacam que é importante criar estratégias que facilitem a comunicação entre os profissionais e os usuários para melhorar os resultados das práticas educativas.

A Educação em Diabetes é o desenvolvimento de habilidades com ferramentas necessárias que visam alcançar metas em todas as etapas do tratamento, promovendo a garantia do autocuidado e permitindo o controle por parte do paciente, sendo assim, só é efetiva se resultar em mudanças de comportamentos. Dentre os objetivos desta proposta, estão: capacitar o indivíduo com diabetes para o autocuidado; melhorar os resultados clínicos; prevenir ou retardar o DM e suas complicações e proporcionar qualidade de vida (SBD, 2018).

Considerando que, para atender de forma integral as necessidades dos usuários que convivem com diabetes, o cuidado de Enfermagem deve ser permeado por ações que visem motivar, orientar e, sobretudo, capacitar os indivíduos com DM, e que a

Visita Domiciliar (VD) é uma estratégia que propicia espaço dialógico, de escuta qualificada e aproximação à realidade de vida das pessoas, tornou-se relevante questionar aos participantes deste estudo se há o acompanhamento dos usuários por meio das VD's e de que forma estas acontecem. Os resultados estão apresentados no Quadro 5, a seguir.

**Quadro 5** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo construídos a partir do questionamento: “Você faz acompanhamento do paciente com DM por meio de visitas domiciliares? Me fale um pouco sobre essa visita.”

<b>IDEIA CENTRAL I</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
Visita Domiciliar como Estratégia para Ações de Enfermagem	“[...] levo o glicosímetro, o tensiômetro, e verifico [...], paciente que ta com curativo, é feito no domicilio até aquele curativo ser reparado” (E1). “A gente vai na casa dele [...] se não ta usando o medicamento certo, os exames quando chega tá alterado, tenta orientar a tomar medicamento, a caminhar, mudar alimentação, encaminha pra nutricionista, endocrinologista, cardiologista” (E4). “E eu ficava nas orientações sempre, perguntando pro familiar: e fulano? [...], colocava no prontuário exames novos, tudo [...]” (E5).
<b>IDEIA CENTRAL II</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
Rotina das Visitas Domiciliares	“[...] as visitas domiciliares tem horários também [...] eu procuro uma vez por semana sempre ta fazendo visitas” (E1). “As visitas são agendadas [...]” (E2). “Quando é paciente acamado ou com dificuldade de mobilidade ai a gente faz a visita de rotina” (E3). “[...] faço visitas semanais [...], não precisa ser acamado, se não vem à unidade, a gente tenta ao máximo ir a ele” (E4).

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme observado, os discursos dos enfermeiros vislumbram a VD como espaço para ações de enfermagem ao citarem a aferição da pressão arterial, verificação da glicemia capilar e realização de curativos. É tido ainda como um momento para disseminar orientações de caráter educacional, como a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, prática de atividade física e alimentação saudável, além de avaliarem resultados de exames e realizarem encaminhamentos aos demais profissionais da saúde. Observa-se que a realização da VD se dá de forma programada (semanal e de rotina), com horários e dias agendados, ou a depender da necessidade de cada paciente.

De acordo com a Portaria nº 648/2006, o processo de trabalho das equipes de saúde da família deve ser orientado para o cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. Nesse contexto, as VD's são umas das principais diretrizes dessa estratégia, pois permite entrar no ambiente familiar e conhecer melhor sua realidade, além de prestar assistência a alguns usuários que estão impossibilitados de ir à Unidade Básica de Saúde (UBS) (NASCIMENTO, 2013).

Para Soares et al. (2015), o acompanhamento domiciliar de forma periódica representa uma importante ação da ESF, pois favorece a interação com a realidade dos indivíduos, busca ativa de fatores que propiciam ou não a adesão ao tratamento e criação de vínculo, além de possibilitar a avaliação do ambiente em que as pessoas com DM estão inseridas. Em consonância, os enfermeiros do presente estudo citam que a VD é uma rotina de trabalho e que são organizadas e planejadas conforme cronograma. Este achado é extremamente relevante tendo em vista que Souza et al. (2017) destacam em seu estudo que a visita domiciliar promove adesão às práticas de autocuidado.

Os resultados da pesquisa de Radigonda et al. (2016) divergem do presente estudo, considerando que ao avaliarem os indicadores de concentração de visita domiciliar, demonstraram baixa cobertura de pessoas com DM residentes nas áreas atendidas pela ESF do município de Cambé/PR. Completando, Nascimento et al. (2013) consideram que ainda é incipiente a realização da VD pelos enfermeiros da ESF como sendo uma atividade de promoção da saúde, pois nessa prática, observa-se que o foco está voltado ao modelo biomédico.

Tendo em vista que a Enfermagem é uma das profissões da saúde cuja especificidade é o cuidado ao ser humano, família e comunidade, que a VD contribui para o conhecimento de vida da população, para a promoção da saúde e no estabelecimento de vínculo, torna-se imprescindível que o enfermeiro direcione o acompanhamento domiciliar para a educação em saúde e conscientização dos indivíduos, proporcionando condições e subsídios que resultem em independência por parte dos usuários e sua família.

## CONCLUSÕES

Considerando a complexidade da atenção em Diabetes Mellitus e o impacto de suas complicações para os indivíduos e suas famílias, o cuidado do enfermeiro deve ocorrer de forma humanizada e integralizada, tendo uma visão holística do indivíduo e de sua condição de saúde. Frente a este contexto, constataram-se, através dos resultados obtidos nesse estudo, fragilidades que permeiam a assistência prestada no âmbito da Atenção Básica.

Os enfermeiros detêm limitado conhecimento sobre as complicações do DM e essa fragilidade pressupõe o possível comprometimento da assistência prestada. A consulta de enfermagem é genérica e sustentada no modelo biomédico, sendo o processo de enfermagem negligenciado no conjunto das suas etapas, embora haja a perspectiva do cuidado em rede. A baixa adesão dos usuários frente às consultas de enfermagem foi destacada pelos enfermeiros e revela-se um forte determinante da fragmentação do vínculo. Os resultados que elucidam que a prática de atividades de educação em saúde ocorre apenas de forma mensal em encontros do Hiperdia são consistentemente limitados, preocupantes, e acarretam inquietações quanto às práticas da Enfermagem no contexto da Educação em Saúde.

É imprescindível que medidas de educação permanente sejam traçadas, que gestores e profissionais da saúde reconheçam a CE como importante elemento para proteção e promoção da saúde e que proporcionem CE integrais embasadas no autocuidado apoiado. Frente a esse contexto, sugere-se a utilização de impressos que norteiem a operacionalização e sistematização das consultas de enfermagem, respeitando as etapas do processo de enfermagem.

A atualização dos conhecimentos deve ser uma constante na vida profissional dos enfermeiros para que as orientações fornecidas sejam eficazes e contribuam para a prevenção de complicações. Isso subsidiará a proposição de estratégias que ampliem a integralidade da assistência, como programas de educação em diabetes e elaboração de projetos terapêuticos singulares.

Estratégias que fortaleçam a relação profissional-usuário-família e aproximem o indivíduo e sua família da unidade de saúde também devem ser implementadas, como por exemplo, a busca ativa de usuários e a realização de visitas domiciliares. Portanto, sugere-se que os enfermeiros implementem nos programas de educação em diabetes, o

atendimento global ao paciente. Para isso, é necessário incluir a família no cuidado, tornando-a elemento de cooperação no tratamento.

Faz-se necessário que os profissionais compreendam os conceitos de ES e a importância desta como valiosa ferramenta de estímulo às práticas protetivas da saúde. Ademais, a implementação de atividades de ES também devem ocorrer para além do Hipertensão. Sugere-se que os profissionais busquem novas metodologias, de preferência criativas e dialógicas, para efetivação das atividades de ES. Ademais, é oportuno refletir sobre o aprimoramento do conhecimento e prática dos profissionais para desenvolver as ações de educação em saúde que envolvam não apenas a equipe multiprofissional, mas também os gestores.

A literatura apresenta lacunas no que se refere à quantidade limitada de estudos que versem sobre o conhecimento de enfermeiros diante das complicações do DM, sobretudo os que atuam na Atenção Primária. Tal conjuntura consolida a relevância desse estudo e provoca reflexões acerca da importância da realização de novas pesquisas que aludem esta temática. Espera-se que os resultados encontrados nesse estudo possam contribuir para a ampliação das informações sobre a atuação da equipe de enfermagem e reforçar, junto aos gestores, a necessidade de aperfeiçoamento para o desempenho das atividades que visam à prevenção de complicações do DM, objetivando um melhor atendimento à comunidade, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

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

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

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

ALENCAR, D. C. et al. Consulta de enfermagem na perspectiva de usuários com diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3749-3756, 2017.

ARBUNIO, A. S. O conhecimento do enfermeiro na prevenção da neuropatia diabética em unidades de saúde de Curitiba. **Cad. da Esc. de Saúde**, Curitiba, V.1 N.13: 133-145.

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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) . Acesso em: 16 out. 2018.

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. <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2013/g01.def>. 2013.

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

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, 2015, p.127.

BERTOLD, A.D. et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. *Global Health*. 2013;9:62.

BEZERRA, N.M.C. et al. Consulta de enfermagem ao diabético no programa saúde da família: percepção do enfermeiro e do usuário. **Rev Rene**. v. 9, n. 1, p. 86-95, 2008.

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.

BRONDANI, J. et al. Atividades gerenciais do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev enferm UFSM*. v.1, n.1, p.41-50, 2011.

BOZORGMEHR, K. et al. Practice network-based care management for patients with type 2 diabetes and multiple comorbidities (GEDIMApplus): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. v.15, :243. 2014

CAVALCANTE, A. K. C. B.; AMORIM, P. H. C.; SANTOS, L. N. Perfil da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência em um hospital público de Teresina. **R. Interd**. v. 7, n. 2, p. 85-94, abr. mai. jun. 2014.

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.



CHAVES M. O.; TEIXEIRA M.R.F.; SILVA S.E.D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 215-21.

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, F. G; COUTINHO, M. P. Representações sociais no contexto do diabetes mellitus. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 1 p. 175-185, jan./mar. 2016.

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.

ENCARNAÇÃO, P.P.S; SANTOS, E.S.A; HELIOTÉRIO, M.C. consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência. *Rev. APS*. 2017 abr/jun; 20(2): 273 - 278.

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.

FALKENBERG, M.B.; et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):847-852, 2014.

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.

GOMIDES, D.S. et al. Self-care of people with diabetes mellitus who have lower limb complications. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):289-93

HORTA, N. C., PEREIRA, A. S. **Processo de trabalho em Saúde e em Enfermagem**. In: SOUZA M. C. M. R.; HORTA, N. C. (editores). *Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 49-71.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION. IDF. **Diabetes Atlas 2015**.

IMAZU, M.F.M. et al. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. **Rev Latino Am Enfermagem**. v.23, n.20, p104-1169., 2015.

LEAL, M. C. F. C. **Outra Forma de Olhar a Diabetes: Dificuldades e Expectativas 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.

LOPES, A.A.F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saúde e Soc.** v.24, n.2, p.486-500, 2015.

MACEDO, M.M.L. et al. Adherence to self-care practices and empowerment of people with diabetes mellitus: a randomized clinical trial. **Rev Esc Enferm USP.** v.51, p.32-48, 2017

MACHADO, M. H. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco.** v.7, p.09-14. 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.. Fundamentos da metodologia científica. In: **Fundamentos da metodologia científica**. Atlas, 2010.

MEDEIROS, P. M. et al. Processo de cuidar do portador de diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. *Com. Ciências Saúde.* v.24, p.251-258. 2014

NASCIMENTO, J.S. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. **Rev Bras Promoc Saude.** v.26, n.4, p.513-522, 2013.

OLIVEIRA, G. K. S.; OLIVEIRA, E. R. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. **Veredas Favip-Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, 2013.

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.

PIMOUGUET, C. et al. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. **CMAJ.** v.183, n.2, p.115-27, 2011.

RADIGONDA, B. et al. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 25(1):115-126, jan-mar 2016

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).

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.

SILVA, K.M. A consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família: Realidade de um distrito sanitário. **Rev Enferm UFSM**. v.6, n°2, p.248-258. 2016

SILVA, S. W. S. Cuidado dos pés de pessoas com diabetes mellitus: Ações protetivas vinculadas à promoção da saúde. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, Vol. 5, n° 2 - Diciembre 2016 - ISSN: 1688-8375 ISSN en línea: 2393-6606

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.

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**. 2017-2018.

SOUSA, 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.

SOUZA, R. B. M., ALVES, S. H. de S. Percepção do idoso diabético sobre o papel da família no tratamento. **Revista Kairós Gerontologia**, v.19, n°2, p. 349-370. 2016.

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

SOARES, A. A. Projeto de intervenção: visitas domiciliares a pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial. 2017.

TEIXEIRA, C. R. S. et al. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45(1):173-9

TESTON, E.F., SALES, C.A., MARCON, S.S. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. **Esc Anna Nery**. v.21, n.2, p. 201-213, 2017.

TORRES, H.C. et al. Educational intervention for self-care of individuals with diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. V.24, n°4, p. 514-519.2011

## APÊNDICES

### APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### ESTUDO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS: ENFOQUE NA ATENÇÃO BÁSICA

*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 “**ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS: ENFOQUE NA ATENÇÃO BÁSICA**”, 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](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br); Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Jardim de Piranhas/ RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

( ) 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: _____ Idade: ( ) 18 – 30 ( ) 31-50 ( ) Mais de 50	Titulação: ( ) Graduação ( ) Especialista ( ) 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 das complicações do DM?

**06.** E quais orientações dadas por você ao familiar/cuidador do paciente com DM, para a prevenção e das complicações do DM?

**07.** Que outras condutas/ações de Enfermagem você desenvolve para a prevenção 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.

## APÊNDICE C

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Daisy de Queiroz Bezerra, Secretária de Saúde do Município de Jardim de Piranhas, Estado do Rio Grande do Norte, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Atenção à saúde em diabetes mellitus: as múltiplas dimensões do cuidado na prevenção e redução de complicações", nos meses de agosto a dezembro de 2017, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Jardim de Piranhas – RN, 04 de Maio de 2017.

Daisy de Queiroz Bezerra  
Secretária Municipal de Saúde  
CPF: 043.301.584-80  
Port. n.º 012/2017-GP

DAYSE DE QUEIROZ BEZERRA  
Secretária Municipal de Saúde  
Jardim de Piranhas – RN

## 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



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

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
TCLE / 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