

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOIANAPOLIS-
GO**

Eryka Loraine Gomes Silva Almeida
Jessica Samara Gomes Silva Vargas
Miriã da Silva Lima Oliveira

Anápolis-GO
2018

ERYKA LORAINÉ GOMES SILVA ALMEIDA
JESSICA SAMARA GOMES SILVA VARGAS
MIRIÃ DA SILVA LIMA OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOIANAPOLIS-
GO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado para apreciação no Curso de enfermagem, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Ma. Gláucia O. A. B. Meireles

Anápolis-GO
2018

FOLHA DE APROVAÇÃO
ERYKA LORAINÉ GOMES SILVA ALMEIDA
JESSICA SAMARA GOMES SILVA VARGAS
MIRIÃ DA SILVA LIMA OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOIANAPOLIS-
GO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis 21 de Dezembro de 2018, UniEVANGÉLICA para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Ma. Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles
Faculdade de Enfermagem – UniEVANGÉLICA
Orientadora

Prof.^a. Ma. Juliana Macedo Melo
Faculdade de Enfermagem – UniEVANGÉLICA
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por essa vitória alcançada “nossa graduação”. Nossa Família, Maridos e filhos por nos apoiar sempre.

A nossa professora orientadora Glaucia, pelas palavras de apoio e suas orientações que foram primordiais ao nosso desenvolvimento.

A professora da disciplina, Rosana Bezerra, que nos deu bastante força no desenvolvimento desse projeto.

A nós que fortalecemos “nossa amizade” durante o desenvolvimento desse projeto, pelos encontros exaustivos e persistência hoje finalizando essa etapa em nossas vidas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA – Associação Americana de Diabetes

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEP – Conselho de Ética em Pesquisa

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia da Saúde da Família

GO – Goiás

HGT – Hemogluco teste

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

MEV – Mudança de Estilo de Vida

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

SIS- HIPERDIA- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

RESUMO

Introdução: A Diabetes Mellitus (DM) pode ser entendida como um distúrbio do metabolismo, caracterizando-se como crônico e de etiologia multifatorial, ligada a demais complicações como a hiperglicemia, a alteração de excreção de insulina, resultando, diretamente, na redução ou completa inibição da captação da glicose em nível dos tecidos (FAEDA; DE LEON, 2006), configurando-se como problema de saúde pública tanto em contexto nacional como mundial. **Objetivo:** Descrever como é prestada a assistência de enfermagem frente ao paciente com Diabete Mellitus (DM) em uma estratégia da saúde da família (ESF) no município de Goianópolis-Go. **Metodologia:** adotou-se para o desenvolvimento da pesquisa a estrutura metodológica qualitativa, que se deu por meio da realização de entrevistas qualificadas semiestruturadas, tendo a análise estruturada conforme a proposta de Minayo, Deslandes e Gomes (2007, p. 64) “perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. **Resultados:** Os resultados encontrados puderam indicar alguns direcionamentos a respeito de padrões de conduta dos profissionais de enfermagem, os quais possuem uma perspectiva de prevenção e promoção diretamente relacionada com a visão de saúde como a ausência de doença, tendo sido detectada necessidade de fomentar a conscientização pública acerca da aquisição da doença e das formas de como evitá-la. O teor das entrevistas evidenciou que as ações educativas a serem colocadas em prática estavam fundamentalmente ligadas ao seguimento de dietas, uso adequado e regrado de medicações e aferições regulares do nível glicêmico. A participação de familiares no tratamento do indivíduo ainda não se mostrou presente conforme o padrão desejado demonstrando, assim, carência de ações de educação de saúde que integrem a família no processo, mesmo que reconheçam a importância de seu papel na mitigação dos fatores de risco e a permanência estendida no tratamento da enfermidade. **Conclusão:** A educação para promoção da saúde física e psicológica consiste em ferramenta fundamental para a saúde pública e não deve ser negligenciada, uma vez que a diabetes é uma patologia que pode conduzir a sequelas irreversíveis e incapacitantes se não for realizado tratamento ao paciente. Deste modo, a educação é um dos fatores fundamentais para a prevenção e aderência ao tratamento da diabetes, mais especificamente do tipo Mellitus e, por isso, o trabalho desenvolvido cumpre importante papel na sociedade.

Palavras-Chave: Diabetes mellitus. Enfermagem. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) can be understood as a disorder of metabolism, characterized as chronic and of multifactorial etiology, linked to other complications such as hyperglycemia, altered insulin excretion, resulting directly in reduction or complete inhibition of glucose uptake at the tissue level (FAEDA, DE LEON, 2006), becoming a public health problem in both the national and global context. **Objective:** To describe how nursing care is provided to the patient with Diabetes Mellitus (DM) in a family health strategy (ESF) in the city of Goianópolis-Go. **Methodology:** the qualitative methodological structure was adopted for the development of the research, which was carried out by qualified semi-structured interviews, and the analysis was structured according to the proposal of Minayo, Deslandes and Gomes (2007, 64) "closed questions and open, in which the interviewee has the possibility to discuss the subject in question without being attached to the question asked ". **Results:** The results were able to indicate some guidelines regarding the nursing professionals' conduct standards, which have a perspective of prevention and promotion directly related to the health vision as the absence of disease, and a need to raise awareness was detected about the acquisition of the disease and ways of avoiding it. The content of the interviews evidenced that the educational actions to be put into practice were fundamentally linked to the follow-up of diets, adequate use and regulation of medications and regular measurements of the glycemic level. The participation of family members in the treatment of the individual has not yet been present according to the desired pattern, thus demonstrating the lack of health education actions that integrate the family in the process, even though they recognize the importance of their role in mitigating risk factors and the extended stay in the treatment of the disease. **Conclusion:** Education for the promotion of physical and psychological health is a fundamental tool for public health and should not be neglected, since diabetes is a pathology that can lead to irreversible and incapacitating sequelae if the patient is not treated. Thus, education is one of the fundamental factors for the prevention and adherence to the treatment of diabetes, more specifically of the Mellitus type, and therefore, the work developed plays an important role in society.

Keywords: Diabetes mellitus. Nursing. Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivo específico	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	14
3.1 Diabetes Mellitus.....	14
3.2 Epidemiologia do Diabetes	15
3.3 Sintomas e Prevenção do Diabetes.....	16
3.4 Tratamento	17
3.5 HiperDia.....	18
METODOLOGIA.....	20
4.1 Tipologia.....	20
4.1 Local de Pesquisa	20
4.2 Sujeito da Pesquisa.....	21
4.3 Critérios de Inclusão.....	22
4.4 Critérios de exclusão	22
4.5 Coleta de dados	22
4.6 Análise de dados.....	23
4.7 Preceitos Éticos da Pesquisa	25
4.9 Riscos.....	25
4.10 Benefícios.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5.1 Caracterizando o sujeito	27
5.2 Categorias.....	27
5.2.1 Ações de enfermagem frente a assistência aos pacientes com Diabetes Mellitus	27
5.2.2 Ações de educação permanente realizada pela equipe de Enfermagem	29
5.2.3 Conduta de enfermagem implementadas para obter a adesão ao tratamento	31
5.2.4 Acolhimento pela equipe de enfermagem	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1 INTRODUÇÃO

Por todo o país, dados recolhidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) configuram a diabetes como uma das dez maiores causas de mortalidade, além de ser a quinta maior causa de hospitalidade. Nos últimos anos, esta enfermidade vem configurando um quadro grave para a saúde pública, justamente por seus elevados indicadores de morbidade e mortalidade (GROSSI, 2009).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que antes do final do século XXI aproximadamente 11 milhões de brasileiros serão portadores da doença. Já na década de 80, pesquisas apontavam que 7,6% da população brasileira tinha diabetes, considerando a faixa etária de 30 a 70 anos, com cerca de 30 a 50% de casos não diagnosticados. Mais recentemente, no entanto, pesquisadores de Ribeirão preto estimam que estes números possam ter aumentando em até cinco pontos percentuais. Em nível mundial estima-se que até 2030 o montante geral de afetados pela enfermidade por todo o planeta será de aproximadamente 366 milhões (GROSSI, 2009), o que sublinha a importância da temática deste trabalho.

Em 1997, a Associação Americana de Diabetes (ADA) propôs nova classificação do diabetes, baseada em aspectos fisiopatológicos, dividindo-o em quatro grandes classes clínicas: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, outros tipos de diabetes e diabetes gestacional, sendo conseqüentemente adotada pela Organização Mundial da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Diabetes, surgindo a classificação que cortou os termos insulino-dependentes e insulino-independentes (GROSSI, 2009).

Tavares e Rodrigues (2002) apontam que ações educativas acerca da diabetes são essenciais para seu controle, ainda mais ao considerarmos que tal enfermidade tem se apresentado, nos âmbitos social, econômico, familiar e pessoal como um dos grandes complicadores da Saúde Pública. Justamente considerando o quadro de complicações invariavelmente conectadas ao cuidado pessoal diário e adequação do estilo de vida, tais medidas informativas devem ser realizadas com pacientes, família e comunidade.

A não adesão ao tratamento, bem como a realização de monitoramento glicêmico deficitário e dificuldades em acessar o Centro de Saúde atuam em conjunto com o desconhecimento geral sobre a patologia como dificultadores da prevenção e potencializadores do desencadeamento da doença (TAVARES; RODRIGUES, 2002). Isso abre passo a que se desenvolvam estudos focados no pilar conscientização e prevenção da população acerca do problema de saúde público: Diabetes Mellitus.

Podendo dividir-se em tipo I, tipo II e Diabetes gestacional, além de outras formas, a Diabetes Mellitus configura-se como uma doença endócrina com causas multifatoriais. Essencialmente, esta enfermidade relaciona-se a alterações patológicas nos níveis de insulina, podendo caracterizar-se como produção insuficiente, gerando assim uma falta ou até mesmo complicações referentes ao êxito funcional da substância no organismo. Com sua presença estendida no tempo, o paciente pode sofrer com lesões nos nervos, olhos, rins, coração e a rede vascular, com ênfase especial sobre a periférica. Além disso, a hiperglicemia aparece como uma complicação associada a esta doença no geral (FAEDA; DE LEON, 2006).

Além da glicemia de jejum e do sumário de urina como formas laboratoriais utilizadas pelos profissionais de saúde, outros indicadores também são utilizados no diagnóstico da diabetes, majoritariamente, manifestações clínicas descritas pelo paciente ou por familiares, como obesidade, sedentarismo e tabagismo (dentre outros) como fatores de risco e o histórico familiar. A recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é que toda equipe de saúde deve funcionar como uma unidade integrada, com cada componente desenvolvendo uma função, mas mantendo constante contato entre si. O enfermeiro, dentro desse sistema, deve encaminhar ao médico casos que identifica necessidade através da verificação de fatores de risco e adesão, bem como das consultas de Enfermagem, além da capacitação da equipe de auxiliares.

Além da já conhecida função de aplicar exames e avaliações (em geral determinados pelo Ministério da Saúde), como o do “Pé Diabético” e o controle regular da glicemia capilar, é função do enfermeiro proporcionar aos pacientes e comunidade atividades informativas, com o intuito de fortalecer a adesão e munir os envolvidos do conhecimento necessário para combater a doença (BRASIL, 2006), ressaltando a importância da atividade da equipe de enfermagem tanto no monitoramento como no tratamento do paciente.

Visando a conscientização e educação dos pacientes, a Organização mundial da Saúde tem proposto diversas medidas para o desenvolvimento de métodos mais efetivos nessa tarefa, através de discussões e da elaboração dos materiais instrucionais. Uma das estratégias que podem ser utilizadas com esta finalidade consiste na participação ativa da família e comunidade no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, categoria que enquadra a Diabetes, e isto incide diretamente com uma das ações propositivas deste estudo.

Tavares e Rodrigues (2002) apontam que o panorama atual exige dos profissionais da saúde, em especial dos enfermeiros, esforços na construção da qualidade de vida e da autonomia aos pacientes, com ênfase especial na população idosa. Isto se dá devido a taxas cada vez mais elevadas de incidência de doenças crônicas não transmissíveis, apesar do

também constante aumento da expectativa de vida. Com este propósito, o profissional de enfermagem deve estar sempre atento às novas demandas e ferramentas disponibilizadas para seu serviço, adequando seu conhecimento e capacidades em geral às necessidades da população. Aparentemente, dentro de tais demandas, encontramos o envelhecer em conjunto com as doenças crônicas, requerendo do enfermeiro constante aprimoramento teórico e prático. O que se constata com os excertos abaixo:

A equipe de Saúde da Família possui papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos, sendo necessário sistematizar a assistência e organizar o atendimento, de modo a que o paciente diabético tenha acesso aos serviços, que incluem as consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades, visando prevenir ou conter lesões nos órgãos-alvos (ROSA, 2014, p. 7).

Acerca, precisamente, sobre os cuidados aos portadores de Diabetes Mellitus:

Há três pilares fundamentais na assistência ao portador de DM que são o controle glicêmico rígido que visa à dieta, o estilo de vida, exercício físico e à medicação; o controle de distúrbios associados, como a dislipidemia, a hipertensão, a coronariopatia e a obesidade e o terceiro pilar que é a pesquisa e tratamento das complicações do DM, como a doença cardiovascular, a nefropatia, a retinopatia (GUIDONI *et al.*, 2009, p. 28).

No Brasil, o cuidado de enfermagem está entre as ações direcionadas para o acompanhamento do portador de DM e deve estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, além de reforçar a percepção de riscos à saúde e desenvolver habilidades para superar os problemas, mantendo maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado (BRASIL, 2013).

Vasconcelos (2000) aponta que o Diabetes Mellitus exige de seus portadores radicais mudanças no estilo de vida, uma vez que a construção de hábitos mais saudáveis e adequados à doença evita que esta saia de controle, ajudando no tratamento e na prevenção de complicações. Além disso, o autor aponta que esta enfermidade requer uma atenção especial dos órgãos de saúde ao redor do mundo, por configurar uma epidemia mundial.

Uma das principais complicações do processo vivido pelos profissionais da saúde é a resistência dos pacientes em aderir ao tratamento proposto. Logo, é importante que sempre sejam pensados programas de educação em saúde e incentivo à adesão (FERREIRA; FERNANDES, 2009).

Tavares (2011) afirma que, para uma vida saudável, é de fundamental importância a adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso. Para isso, a atuação do profissional de saúde é imprescindível, ofertando uma assistência que visa à prevenção de

complicações e o tratamento que acompanha o decorrer da evolução da doença, além do constante incentivo à adesão.

Com os pacientes diabéticos, o enfermeiro tem o importante papel de desenvolver ações educativas com o próprio indivíduo e sua família, num caminho de facilitação da recuperação, mas também de prevenção e promoção de saúde.

A grande importância do assunto aqui proposto reside na alta prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil e em todo o mundo, bem como no conjunto de especificidades por ela apresentadas. Nossa perspectiva, assim, é de reorganização da atenção dos pacientes diabéticos, num movimento dos profissionais da saúde em busca da identificação de características da população atendida valiosas ao tratamento.

Pretende-se com essa pesquisa descrever como é prestada a assistência de enfermagem frente ao paciente com Diabete Mellitus e demonstrar a importância do trabalho do enfermeiro junto aos pacientes diabéticos, pois, segundo Rosa (2014, p. 4) “o enfermeiro é capaz de identificar na consulta de enfermagem os fatores de risco que tornam os pacientes mais vulneráveis as complicações do diabetes, identificando-as de maneira precoce”. Para os diabéticos esse estudo trará como benefícios o conhecimento do perfil do paciente com diabetes, possibilitando assim a identificação de situações de risco e cuidados fundamentais contribuindo para o planejamento da assistência a essa clientela.

Esse projeto justifica-se devido ao Diabetes Mellitus ser descrito como uma enfermidade de profundo impacto no ambiente familiar e social em geral do paciente, podendo até mesmo incapacita-lo ao longo prazo. Assim verificamos a importância do tema aqui proposto, atuando enquanto informativo dos profissionais de saúde acerca desta doença que tem cada vez mais sido apontada como de grande predominância mundial.

Segundo o Ministério de Saúde (MS, 2006) cerca de 80% da população portadores da DM, podem ser atendidos predominante na Atenção Básica (AB) assim procedendo com um diagnóstico precoce e com medidas terapêuticas precisas.

Frente a isso questiona se: Quais são as ações de enfermagem frente à assistência ao paciente com Diabetes Mellitus (DM) em uma Estratégia de Saúde da Família no Município de Goianápolis-Go?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever como é prestada a assistência de enfermagem frente ao paciente com Diabetes Mellitus (DM) em uma estratégia da saúde da família (ESF) no município de Goianópolis-Go.

2.2 Objetivos Específicos

- Apontar as medidas utilizadas pela a equipe de enfermagem para desenvolver sua assistência;
- Identificar a importância do trabalho do enfermeiro junto a equipe multidisciplinar na assistência ao paciente.
- Avaliar as dificuldades enfrentadas pela a equipe de enfermagem na Assistência ao paciente

3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 Diabetes Mellitus

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

Segundo Grossi (2009), a definição para o Diabetes Mellitus segundo a Organização Mundial de Saúde é desencadeada pela hiperglicemia, causado pelo aumento da glicemia sanguínea e a deficiência total ou parcial da insulina. Essa doença, devido a sua evolução, é considerada uma doença crônica.

Segundo Alfnas (2000), os tipos de Diabetes tipo 1 e tipo 2 são os mais comuns nos pacientes com diabetes. No Diabetes tipo 1 ocorre à ausência total da insulina pela deficiência das células beta no pâncreas, com isso o paciente torna-se insulino dependente para o resto da vida. No tipo 2 o paciente produz a insulina, mas em quantidade insuficiente para as necessidades do organismo. Neste caso, quantidade de insulina produzida não é suficiente metabolizar a glicose sanguínea.

O Diabetes de Mellitus é uma síndrome metabólica que se caracteriza por um excesso de glicose (açúcar) no sangue (hiperglicemia), devido à falta ou ineficácia da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas endócrino. Como tal, o Diabetes afeta o modo pelo qual o organismo utiliza a glicose. Esta glicose, por sua vez, é conduzida pelo sangue até as células, sendo introduzida em seu interior através da insulina. Assim a glicose é convertida em energia para a utilização imediata, ou armazenada para futuro uso (MARTINS, 2000).

O Diabetes Mellitus é um conjunto fatores que causam a hiperglicemia, por alteração na produção de insulina que pode levar ao risco de desenvolver complicações. As mudanças nos hábitos de vida, como melhorar os hábitos alimentares, possibilitam o controle dos níveis de glicemia sanguínea, uma vez que um bom estado nutricional melhora o controle glicêmico e insulínico pós-prandial (CARVALHO *et al.*, 2012).

3.2 Epidemiologia do Diabetes

Uma epidemia de diabetes mellitus (DM) está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

De acordo com a Associação Brasileira de Diabetes (2015) o número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida de pacientes com DM. Quantificar a prevalência atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois permite planejar e alocar recursos de forma racional (D). No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6% (A); dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 13,5% em São Carlos-SP e de 15% em Ribeirão Preto-SP. Em 2013, estimou-se que existiriam 11.933.580 pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2006) a prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias. Hoje se estima que 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada IBGE 2005). O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Cerca de 422 milhões de adultos em todo o mundo viviam com diabetes em 2014, quatro vezes mais do que em 1980, informa a Organização Mundial da Saúde (OMS) em relatório divulgado para marcar o Dia Mundial da Saúde. No mesmo período, de acordo com o relatório, o índice do diabetes quase duplicou, de 4,7% para 8,5% da população adulta, o

que reflete um aumento dos fatores de risco associados, como o excesso de peso e a obesidade (ADJUTO, 2016).

Segundo os dados disponíveis no documento, na última década o índice do diabetes aumentou mais nos países de médio e baixo rendimento do que nos países ricos. Mais de 80% das mortes ocorrem em países de baixo e médio rendimento. A OMS estima que em 2030 o diabetes seja a sétima maior causa de morte. Em 2012, a doença provocou 1,5 milhão de mortes. O diabetes é uma doença crônica e grave que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente (diabetes tipo 1) ou quando o corpo não consegue usar eficazmente a insulina que produz (diabetes tipo 2) (RODRIGUES, 2016).

3.3 Sintomas e Prevenção do Diabetes

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (BRASIL, 2006).

Prevenção efetiva também significa mais atenção à saúde de forma eficaz. Isso pode ocorrer mediante prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver DM, tendo impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde como a de tratar as complicações da doença (LIMA, 2015).

Atualmente, a prevenção primária de DM1 não tem uma base racional que se possa aplicar a toda população. As intervenções populacionais ainda são teóricas, necessitando de estudos que as confirmem. As proposições mais aceitáveis baseiam-se no estímulo do aleitamento materno e em evitar a administração do leite de vaca nos primeiros 3 meses de vida. Entretanto, o recrutamento de indivíduos de maior risco para participar de ensaios clínicos é justificável.

As intervenções propostas têm se baseado em imunomodulação ou imunossupressão. Quanto ao DM2, condição na qual a maioria dos indivíduos também apresenta obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, as intervenções devem abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas, o que, além de prevenir o surgimento de diabetes, estaria também evitando doenças cardiovasculares e reduzindo a mortalidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Quanto à prevenção secundária, de acordo com a Associação Brasileira de Diabetes (2015, p. 3), há evidências de que o controle metabólico estrito tem papel importante na “prevenção do surgimento ou da progressão de suas complicações crônicas, conforme evidenciou o Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) para o DM1 e o United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) para o DM2”.

3.4 Tratamento

O tratamento do diabetes visa, predominantemente, o controle glicêmico. A Sociedade Brasileira de Diabetes preconiza também como objetivos: aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, prevenir complicações agudas e crônicas, reduzir a mortalidade e tratar as doenças associadas (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

Para isto, de acordo com Guimarães e Takayanagui (2002) deve estar fundamentado na educação, nas modificações do estilo de vida e, se necessário, no uso de medicamentos. O diabético deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis, através da manutenção de peso adequado, da prática regular de atividade física, da suspensão do tabagismo e do baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas.

O tratamento inicial consiste exclusivamente em uma mudança no estilo de vida, incluindo basicamente, a adaptação a um plano alimentar específico e a prática de atividade física. Concomitantemente, deve-se iniciar um programa de educação em diabetes, abordando temas de importância e dando ênfase ao plano alimentar e aos benefícios da atividade física (CASTRO, 2010).

O tratamento do Diabetes Mellitus consiste na efetivação da terapêutica disponibilizada ao paciente por meio do uso correto das medicações para que o controle da glicemia em níveis próximos do normal seja alcançado. Evitar que fatores como a obesidade, hipertensão arterial sistêmica e outros interfiram no controle do Diabetes (PANAROTO, 2008).

O tratamento das complicações do paciente com Diabetes Mellitus traz alto custo para a área de saúde. O emprego de medidas de tratamento e prevenção é importante para que se evitem complicações mais graves que possam levar à incapacidade e à morte do indivíduo. Medidas de detecção são importantes para definir o melhor tratamento (MOLENA-FERNANDES *et al.*, 2005).

3.5- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - (HIPERDIA)

No Plano Nacional de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus é um sistema que cadastra, acompanha e monitora os usuários com Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Os pacientes são monitorados e cadastrados pelo Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA, sistema informatizado responsável pela geração de informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (CASTRO et al, 2010).

O Plano consiste em quatro etapas previstas para sua implantação: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HAS e ao DM; campanhas de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida; confirmação diagnóstica e início da terapêutica; e cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM às unidades básicas de saúde. Cabe a União, Estados e Municípios a operacionalização do plano.

O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de portadores de Hipertensão e Diabetes– HIPERDIA, foi aprovada pela Portaria /GM n° 16, de 03/01/2002. É uma forma de oferecer as medicações aos usuários da Atenção Básica proporcionando vínculo do usuário às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento das doenças. De acordo com Roecker *et al.*, (2012):

As ações em educação em saúde são fundamentais para a condução de programas com bom retorno, uma vez que, na visão da população sobre a assistência e serviços de saúde, ainda prevalece a cura da doença e medicalização para se obter qualidade de vida. Essa é uma dificuldade evidenciada na maioria das comunidades onde as equipes da Estratégia Saúde da Família atuam. Portanto, para que a população perceba o sistema de saúde de uma forma mais ampliada, faz-se necessário, antes de tudo, que os profissionais acreditem e apostem nessas mudanças e nos benefícios para a saúde de toda a população. Vale ressaltar que a mudança para uma visão e concepção voltadas à promoção e prevenção em saúde é um processo longo de ações que precisam ser planejadas e avaliadas constantemente (ROECKER *et al.*, 2012, p. 48).

Quando o usuário é diagnosticado como hipertenso e/ou diabético é preenchido a ficha de cadastramento do mesmo sendo que a primeira via fica anexada no prontuário do paciente na Unidade de Saúde e a segunda via é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a alimentação do banco de dados do SIS/HIPERDIA (BRASIL, 2002).

O profissional realiza o acompanhamento mensal do paciente cadastrado que preencherá um outro formulário, e uma ficha de acompanhamento todas as vezes que ele retornar para consulta. É, por meio desses instrumentos, que serão alimentadas as informações

do programa. Portanto, é necessário que os profissionais envolvidos na assistência compreendam a importância do preenchimento dessas fichas, pois eles se tornam peças chave para a obtenção de dados fidedignos, no final do processo (CASTRO, 2010). Assim, é possível perceber a importância do programa HIPERDIA para a construção de um bem-estar para o paciente e o meio social, uma vez que esse permite uma sistematização no levantamento e organização de informações sobre os pacientes, tornando possível a manutenção de um tratamento eficiente e inovador.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipologia

A estrutura metodológica que embasa este trabalho fundamenta-se na pesquisa qualitativa descritiva, onde os pesquisadores passam por uma interação e por uma experiência, priorizando e tentando levantar as particularidades de um contexto para poder entender a questão do nosso estudo, proporcionando aos atores beneficiados uma maneira para que possam construir o mundo em sua volta, e mostrar o sentido de oferecer uma visão mais ampla em cada situação (FLICK, 2009). Neste sentido, a pesquisa qualitativa descritiva, apesar de todos fatores subjetivos complicadores, tem a facilidade em descrever a complexidade de um problema que represente a dinâmica dos grupos sociais, contribuindo à criação de opiniões dos grupos por meio da interpretação das atitudes dos indivíduos (OLIVEIRA, 2002).

4.2 Local de Estudo

A pesquisa realizou-se na cidade de Goianópolis - GO, município que se localiza às margens da BR-153, entre o trecho Goiânia-Anápolis. De acordo com os dados do IBGE (2016) sua população estimada em 2016 era de 11.460 habitantes.

O município de Goianópolis conta com 4 (quatro) ESF distribuídas por toda sua extensão territorial que tem em parte de sua função de realizar atendimento ambulatorial em toda sua área de abrangência definido pelo mapeamento de áreas, em sua composição de equipe temos profissionais de saúde tais como médicos clínicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, onde são ofertados serviços diversos como a consulta de pré-natal, distribuição de medicamentos, agendamentos de consultas e exames, dentre outras atividades preconizadas pelo MS. O funcionamento se dá das 07h às 17h de segunda à sexta-feira, as ESF escolhidas para a coleta de dados estão especificadas no quadro 1 a seguir (GOIANÓPOLIS/GO, 2018).

Quadro 4: Estratégias de Saúde da Família escolhidas para coleta de dados

ESF	ENDEREÇO	TELEFONE
Elenir Maria Alves ESF - I	Rua Edith Ribeiro da Silva Qd 05 Vila N. Sra de Fátima.	985966604
Dirce Martins Sakamoto ESF- II	Av. João Vargas Sobrinho Qd. 17 Lt. 01 Setor Hamaoka;	985976908
Maria Camargo de Oliveira ESF - III	Rua Alaor de Sá Abreu nº 88 Centro;	-----
Iva de Souza ESF – IV	Rua 15 qd 13 Lt. Área Pública, Jardim Primavera;	985966820

FONTE: Adaptado. Goianópolis/GO. Prefeitura Municipal de Goianópolis, Secretarias e Órgãos / Saúde / UNIDADES DE SAÚDE, 2018.

O município possui um Hospital Municipal que se encontra no endereço Rua Teófilo José dos Santos, Nº 202, Centro. Possui também os seguintes equipamentos: Unidade de Saúde CAPS 1 Renascer, Endereço: Rua José Ubaldino de Freitas, nº 38, Centro e o NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Rua Edith Ribeiro da Silva Qd 05 Vila N. Sra. de Fátima.

A pesquisa foi realizada no município de Goianópolis - GO, em quatro postos de Estratégia Saúde da Família (ESF). Desta forma infere-se que os ESF não constam de leitos para internação, mas possui uma sala de atendimento para pacientes que necessitam tomar medicamento.

4.3 Participantes da Pesquisa

A população foco deste estudo consta de profissionais que estejam prestando assistência aos pacientes durante o período de consulta ou observação em ESF em Goianópolis no período que compreende o mês de abril a maio de 2018, nos turnos matutinos e ou vespertino. A participação dos sujeitos da pesquisa é voluntária, tendo, os participantes, liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento.

A amostra foi composta por 12 profissionais da saúde que trabalham em uma ESF. Todos os indivíduos componentes da amostra aceitaram o Termo de Livre Consentimento e

Esclarecido (Anexo1).

Quanto aos preceitos que dão base ao aspecto qualitativo de pesquisa, e sua relação ao tamanho da amostra, segundo Polit, Beck e Hungler (2004) aportam que:

O tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações. Assim, um princípio orientador na amostragem é a *saturação dos dados* (isso é, amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância). Normalmente é possível chegar à redundância com um número relativamente pequeno de casos, se a informação de cada um tiver profundidade suficiente (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 237).

Deste modo, conclui-se que o quantitativo de 12 componentes da amostra torna-se suficiente para obter as informações que atuam como insumo para determinar os resultados que a pesquisa propõe.

4.4 Critérios de Inclusão

As entrevistas foram realizadas exclusivamente com a equipe de enfermagem. Cabe aqui uma desambiguação, pois a equipe de enfermagem em questão trata-se de enfermeiros e técnicos de enfermagem das unidades onde o projeto realizou-se (Apêndice A).

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo todos os outros profissionais de saúde que não se incluam enquanto enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na área e que não tiverem assinado o protocolo de livre consentimento (TCLE) e de participação na pesquisa.

4.6 Coleta de Dados

Os dados foram produzidos em forma de entrevista semiestruturada (Apêndice A). A técnica de coleta e produção de dados “pesquisa estruturada” consiste em, de acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2007, p. 64), “perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. A vantagem deste método em detrimento ao método de questionário fechado é que se têm por interesse os aspectos subjetivos do entrevistado, deste modo, ter conhecimento sobre sua percepção acerca do sujeito tema faz-se essencial para o êxito da pesquisa. Além disso, a entrevista semiestruturada tem a vantagem de, por voltar o interesse ao sujeito da pesquisa, permitir amostras curtas, mas também, a depender da profundidade do

tema da pesquisa e da obtenção das informações essenciais, permitir que seja realizada em espaço curto de tempo.

Durante a entrevista foi explicada sua finalidade assegurando assim a garantia do sigilo e anonimato de cada partícipe.

Cabe salientar que, anterior à realização da pesquisa, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa pela Plataforma Brasil, obtendo, assim, o número do processo: 2630152.

Quanto ao modo de operação do projeto, no primeiro momento foram entregues aos responsáveis da gerencia da ESF de Goianópolis – GO, um informativo sobre o projeto a fim de verificar a viabilidade de participação da instituição na pesquisa. A participação dos gestores no projeto teve por objetivo identificar o interesse da instituição na qualificação profissional e na sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes com Diabetes Mellitus.

Após a leitura do projeto pela instituição participante e aprovação conforme assinatura Apêndice (A) foi agendado um horário para realização da entrevista no expediente de trabalho dos participantes em lugar reservado, conforme a disponibilidade dos mesmos. As entrevistas somente aconteceram após os profissionais terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para entrevista foi utilizado um roteiro elaborado com quatro questões abertas (Apêndice A) visando mensurar o grau de conhecimento da equipe de enfermagem, neste projeto entendida como enfermeiros e técnicos de enfermagem, que trabalham nos ESF com ações voltadas diretamente ao atendimento do paciente com diabetes. Ressalta-se também que a adesão dos ativos da amostra foi realizada de modo voluntário

A coleta de dados foi interrompida no momento em que os dados se mostraram saturados, ou seja, quando houve, segundo Fontanela, Ricas e Turato (2008) a cessação do acréscimo de informações novas e relevantes referentes ao tema proposto. A saturação teórica é definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, ao pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante continuar a coleta de dados (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

4.7 Análise de Dados

Os dados foram analisados seguindo do método de análise de conteúdo, definido por Bardin (2011), que descreve o uso das técnicas, de análise de conteúdo na investigação

psicológica e uso, fundamental, da comunicação com objetivo de identificar a influência na formação da imagem.

Neste método de análise, o pesquisador visa à compreensão das características, estruturas ou modelos subpostos aos fragmentos de mensagens tornados em consideração a qual se configura pelos procedimentos sistemáticos e objetivos, permite identificar os conteúdos da mensagem, descobrir os núcleos de sentido que compõem os textos da comunicação.

A análise é obtida após análise e interpretação dos dados obtidos. Ressalta-se que a transcrição, análise e interpretação da pesquisa foram realizadas logo após a realização da entrevista, assim os dados serão analisados e relatados no objetivo de esclarecê-los e compreendê-los com foco em evitar vieses e para que os pesquisadores se lembrem do contexto que foi realizada a pesquisa. Este fato torna-se essencial para justificar a participação de três estudantes-pesquisadoras na pesquisa.

A análise foi realizada com base no conteúdo da fala de todos os indivíduos envolvidos no presente estudo, para que sejam compreendidas as mudanças de ideia e a importância do conhecimento num mesmo ambiente e situação (BARDIN, 2011).

A utilização do método análise de conteúdo prevê, segundo Bardin (2011), três fases principais. A primeira, chamada de pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização. Determina-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. Envolve a leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão expostos à análise, a escolha deles, a concepção das hipóteses e objetivos, a construção dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. A segunda fase, ou fase de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação. Esta etapa consiste na definição das categorias e da codificação, esta é a etapa mais extensa e se caracteriza pela efetivação das decisões tomadas na fase da pré-análise. É o momento em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo, em suma, é a fase da produção do dado. A terceira, e última fase do processo de análise do conteúdo, segundo ainda Bardin (2011) é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Esta fase centra-se nos resultados brutos, assim, o pesquisador irá torná-los significativos e válidos. Esta interpretação, por tratar-se de pesquisa estruturada em método qualitativo, conforme já citado acima, deverá ir além do conteúdo dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo oculto, o contexto, o subjetivo, o sentido que se encontra por trás do dado diretamente capturado.

4.8 Preceitos Éticos da Pesquisa

Esta seção busca garantir o respeito a todos os princípios éticos e legais da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto também obteve aprovação do Conselho de Ética de Pesquisa (CEP), cujo número de processo 2630152.

Atendendo aos pré-requisitos estipulados pela Resolução nº 466/12. Esta pesquisa foi pautada em princípios éticos que respeitam a dignidade humana e justiça, assegurando que não houve nenhum tipo de dano aos participantes. Em atendimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, após serem esclarecidos pelas pesquisadoras quanto aos aspectos éticos relacionados à pesquisa, além das formas de produção de dados e inserção no estudo, os sujeitos da pesquisa assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE autorizando sua participação voluntária na pesquisa, sendo uma via entregue ao entrevistado, e outra ficado em posse das pesquisadoras.

Vale ressaltar que esta pesquisa consta de financiamento próprio e não oferece nenhum tipo de risco para o sujeito objeto da pesquisa.

A identidade das pessoas e os dados da pesquisa estão sendo preservados e suas respostas permanecerão em total confidencialidade, preservando assim a sua privacidade. O material utilizado para a pesquisa (Transcrição e TCLE) será arquivado durante o período de cinco anos pelas pesquisadoras, em um local seguro, passado esse período será incinerado pela mesma.

4.9 Riscos

Existe uma possibilidade remota de constrangimento ao participante do estudo através da identificação do mesmo pela má apresentação dos dados e também pela falta de conhecimento técnico para responder as questões elaboradas pelo autor através do instrumento de coleta de dados, risco este que será minimizado por meio da confidencialidade e um instrumento de coleta de dados bem estruturado, sigilo durante a pesquisa, no manuseio dos dados e após o levantamento destes, também pela identificação do participante através de algarismos numéricos e pela sigla ESF. O participante terá o direito de não responder as perguntas e não participar do estudo a qualquer momento sem que isto lhe cause qualquer tipo

de danos ou prejuízos. Será realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que pode contribuir para os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e minimizar os riscos de não saber sobre a real finalidade do estudo.

Outro risco envolvido será o constrangimento por parte da Equipe de enfermagem, devido o desconhecimento do assunto que poderá ser minimizado no final da entrevista com orientações a respeito do tema e será transmitido total segurança e tranquilidade no momento da entrevista de modo a evitar o constrangimento ou incomodo sempre comunicando o entrevistado a possibilidade de interromper a entrevista, e retirar sua participação esclarecendo que isso não acontecera prejuízo a ela.

4.10 Benefícios

O benefício imediato do presente estudo consiste no incentivo a que os entrevistadores tenham uma melhor visão sobre a SAE e a importância de sua implementação em uma unidade política. Além disso, tem-se como insumo a avaliação do conhecimento dos enfermeiros que possibilitará a promoção na qualidade do atendimento ao cliente, considerando que a enfermagem tem o papel principal de orientar o portador de diabetes no seu autocuidado, buscando estratégias e novas formas para um cuidado de qualidade, com simples intervenções, como o auxílio e orientações no controle glicêmico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterizando o sujeito

Os informantes do estudo foram profissionais da enfermagem, os quais totalizaram 11 entrevistados, sendo desse total 5 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem. Dentre esses, todos eram do sexo feminino, dispostas na faixa etária entre 25 e 50 anos.

Dessa forma, as ações foram categorizadas em 4 tipos: Ações de enfermagem frente a assistência aos pacientes com Diabetes Mellitus (DM), Ações de educação permanente realizada pela equipe de Enfermagem, Conduta de enfermagem implementadas para obter a adesão ao tratamento e Acolhimento pela a equipe de enfermagem. Assim, por meio das categorizações supracitadas as análises são devidamente direcionais.

5.2 Categorias

5.2.1 Categoria 1- Ações de enfermagem frente a assistência aos pacientes com Diabetes Mellitus (DM)

Relativamente às ações de enfermagem, a equipe técnica entrevistada demonstra conhecimento frente ao tema, por meio das perguntas as quais serão exploradas adiante. Algumas das estratégias eficientes para o tratamento de doenças crônicas é a divulgação e a prevenção, principalmente para o caso de diabetes, uma vez que auxiliará o indivíduo sobre a melhor forma de lidar com a doença. Para tanto, os profissionais da enfermagem precisam estar capacitados para o desenvolvimento de ações que atuem no sentido da melhoria do quadro clínico dos pacientes.

O atendimento para o tratamento e acompanhamento na Atenção Básica se dá de acordo com as necessidades gerais prevista no cuidado integral, envolvendo a mudança de estilo de vida (MEV), controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas. O enfermeiro durante a consulta de enfermagem realiza : o rastreamento da população–alvo definida pelo serviço de saúde, realizar consulta de enfermagem para pessoas com maior risco para desenvolver DM tipo 2, abordando fatores de risco, estratificação do risco cardiovascular e orientação sobre mudança de estilo de vida (MEV) com objetivos de conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC;

identificar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2013). Isto pode ser comprovado com as seguintes falas:

Orientações com a nutricionista sobre uma boa alimentação e qualidade de vida, controle do Hemogluco teste (HGT) e entrega de medicações (Enfermeira ESF I).
A equipe de enfermagem desenvolve medidas preventivas, realizando monitorização dos pacientes nas consultas médicas e prestando uma assistência individualizada com a parceria do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (Enfermeira ESF II).
Consultas de enfermagem, acompanhamento da Pressão Arterial (PA), visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Enfermeira ESF IV).

A partir das falas extraídas da entrevista realizada, foi possível notar que os profissionais de enfermagem entrevistados mostraram uma considerável falta de conhecimentos sobre as ações da assistência aos pacientes diabéticos afastando de se próprio a responsabilidade em estar prestando uma assistência com qualidade ao DM, atribuindo toda essa responsabilidade ao Agente Comunitário de Saúde e nutricionista, sendo que o papel do enfermeiro é longo e duradouro quanto a assistência.

Nesse contexto, As ações da equipe de saúde têm como meta atuar de forma integrada, mantendo um consenso no trabalho além de capacitar sua equipe de auxiliares na execução das atividades, é função do enfermeiro realizar as consultas de enfermagem, identificar os fatores de risco e de adesão, possíveis intercorrências no tratamento e encaminhar ao médico quando necessário (MARASCHIN et al., 2010).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) assegura ao Profissional enfermeiro a autonomia profissional, especialmente por constituir-se a essência da sua prática profissional. O enfermeiro deve exercer todas as atividades de enfermagem desde o planejamento, organização, coordenação, ações educativas que visam aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e da comunidade, procurando contribuir para a adesão do paciente ao tratamento. Dentre as ações desenvolvidas vale ressaltar a solicitação de exames determinados pelo protocolo do Ministério da saúde (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Nesse contexto, na perspectiva de superação dos impasses e desafios o enfermeiro constitui-se como um profissional apto a colaborar na formulação de políticas públicas, na transformação do modelo técnico assistencial em saúde, na reorganização dos serviços de saúde e na adequação da educação dos profissionais (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Em suma, relativamente a esta categoria conclui-se que o conhecimento dos participantes é insuficiente, sendo necessário colocar em prática de medidas de treinamento,

capacitação e, conseqüentemente, de conscientização acerca das práticas e dos protocolos de atendimento à Diabetes Mellitus.

5.2.2 . Categoria 2- Ações de educação permanente realizada pela equipe de Enfermagem

Sobre a educação permanente, os profissionais de saúde evidenciaram uma conduta voltada mais para participação em palestras, sendo essas ações voltadas, também, à família e não somente aos usuários, buscando transformar meio em que se vive, promovendo o bem-estar aos mesmos. Foi possível notar que faltam serem traçadas atividades e suas metas respectivas às ações de educação permanente. Isso corrobora ao incremento da qualidade de vida, bem-estar físico, social, e mental aos diagnosticados com a doença.

Considerando que, dentre as ações de educação permanente, é apenas realizada a participação em palestras, considera-se que é necessário promover e fomentar novos tipos de ações educativas como: palestras, feiras, encontros, reuniões, atividades educativas e dentre outras. Relativamente às ações de educação permanente, a equipe técnica entrevistada demonstra (qual) conhecimento frente ao tema. Isto pode ser comprovado com as seguintes falas:

Palestras com rodas de conversas, orientações em grupos, panfletagem e entregas de lanches saudáveis (Enfermeira ESF I).
Apresentações com data show, acompanhamento com o educador físico (Tec. Enf. ESF II).
Grupos de dança, de zumba, e academia, e orientações da nutricionista (Enfermeira ESF IV).

Segundo Tavares e Rodrigues (2011) a falta das ações de educação permanente com os pacientes com (DM) tem sido considerado um dos grandes problemas de saúde pública, afetando não somente em questões sociais e econômicos, mas também familiares e o indivíduo. Assim, é necessário que existam implementações das ações educativas especificamente voltadas aos idosos, fazendo com que estes pacientes modifiquem seus cuidados com a saúde, com isso preventivamente é possível alcançar os parâmetros para melhor qualidade de vida dos mesmos.

As falas recolhidas evidenciam que os profissionais de saúde acreditam que a “palestra” é o meio de educação em saúde mais importante na estratégia de saúde da Família (ESF), uma vez que é por meio dessas que os profissionais interagem melhor com os usuários. É possível evidenciar, também, pelas falas que os profissionais da enfermagem buscam

desenvolver ações implementadas em grupo. Nesse sentido, os profissionais precisam estar aptos a realizar essas ações de modo que todos possam interagir de maneira eficiente, a fim de que as palestras não se configurem apenas como um repasse insuficiente de informações, uma vez que se realizado dessa forma os resultados ligados à interação, socialização e construção do conhecimento serão minimizados (BOEBS *et al.*, 2012).

No tratamento de diabetes, portanto, a prevenção de suas complicações, Zanetti *et al.*, (2010) afirma que a família se configura como uma peça fundamental, haja vista que essa terá de lidar com as complicações do paciente no cotidiano, tendo somente a acrescentar os métodos mais comuns de tratamento, vale ressaltar que essa ainda contribui significativamente para o autocuidado do paciente.

Outra característica notável das práticas dos profissionais da enfermagem é o desenvolvimento de ações em grupo, em concordância com Torres *et al.*, (2013), os quais afirmam a importância da educação em grupo, uma vez que possibilitará uma maior compreensão da fisiopatologia da doença e os encorajarão na internalização de hábitos saudáveis, pois a troca de experiências entre os participantes intensificará os conhecimentos adquiridos. Além do mais, durante a prática interativa, os pacientes se deparam com um apoio emocional, ideias e sugestões que facilitarão o estilo de vida, concedendo-lhes autoconfiança e possibilitando a redução do medo e pressão de transmissão da enfermidade.

Knuth *et al.*, (2012) enfatizam que a atividade física é imprescindível na prevenção e tratamento de doenças crônicas como a diabetes, haja vista que há a garantia da diminuição dos níveis glicêmicos e, por consequência, a melhora no quadro clínico do paciente, conduzindo a um atraso nas possíveis complicações causadas pela doença. A incorporação de hábitos saudáveis aliados aos exercícios físicos com regularidade trará ao indivíduo uma qualidade de vida superior, aumentando a sua condição de saúde, trazendo à instituição de saúde uma redução nos gastos.

Além do mais, os hábitos de alimentação são de importância vital para o sucesso no tratamento da diabetes, de acordo com Assunção e Ursine (2008), o paciente, antes de tudo, precisa praticar uma dieta rica em fibras e com uma ingestão reduzida em gorduras e carboidratos, objetivando uma redução nos índices glicêmicos. Para que o paciente esteja motivado a praticar uma melhor alimentação, faz-se necessário que o profissional trace um plano de cuidados englobando hábitos alimentares.

Relativamente a esta categoria evidencia-se que as ações de educação permanentes são voltadas a palestras sendo necessário colocar em prática medidas que auxiliam a pessoa conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificando a

vulnerabilidade, prevenindo complicações e o um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos.

5.2.3 – Categoria 3- Conduta de enfermagem implementada para obter a adesão ao tratamento

As condutas de enfermagem envolvem ações que visam manter os pacientes com DM no programa, promovendo tratamento qualificado para que esses pacientes tenham uma melhora significativa dos resultados esperados pelos os profissionais. A equipe nos evidenciou carência de ações voltadas para uma melhor adesão e aceitação desses pacientes, registrando falta de conhecimento sobre a temática e na busca de resultados concisos e coesos, havendo um déficit na qualidade diária em relação à permanência desses grupos, decorrente da falta de planejamento da equipe de enfermagem para mantê-los no tratamento.

Relativamente à conduta de enfermagem a ser implementada para obter adesão ao tratamento, a equipe técnica entrevistada demonstra (qual) capacidade institucional para realiza-la. Isto pode ser comprovado com as seguintes falas:

Incentivar quanto ao uso correto da medicação e também explicando a maneira de como aderir a uma alimentação balanceada, oferecendo os serviços de atendimento com o psicólogo nos casos de idosos, consultas com o clinico geral para todos os grupos de (DM) (Enfermeira ESF I).

Os ACS mantem contato telefônico com os pacientes, também realiza o acompanhamento e visitas domiciliares, atendimento com o nutricionista para um controle de peso e alimentação (Enfermeira ESF III).

Orientações sobre as medidas profiláticas pela a equipe multidisciplinar e sobre as consequências que essa doença pode causar na vida desses pacientes (Tec. Enf. ESF).

As falas dos profissionais entrevistados estão em convergência com o que pôde ser encontrado no trabalho desenvolvido por Costa *et al.*, (2011), pois o mesmo ratifica que as ações de promoção e prevenção são extremamente importantes, uma vez que proporcionam a transmissão de conhecimentos para o público alvo, em busca de incentivar alterações nos hábitos pessoais e nas formas de lidar com a doença. Isso faz-se necessário, pois o abandono do tratamento poder vir a ser um comportamento trágico para o indivíduo e para os demais em sua volta.

Também é importante evidenciar que a permanência desses pacientes está diretamente relacionada com o vínculo estabelecido entre os profissionais da enfermagem e os pacientes, buscando uma relação onde ambos procurem a melhor forma de atender as demandas um do outro. Algumas estratégias precisam ser adotadas, como um bom acolhimento e boas

conversas, propiciando um ambiente confortável para o paciente (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010). Vale ressaltar que as falas evidenciaram uma dificuldade no estabelecimento dessas ações, mostrando que a terceirização dessas ações ainda é uma prática recorrente da enfermagem, ou seja, transferir a responsabilidade de uma relação saudável para outro profissional.

Fleury-Teixeira *et al.*, (2013) afirmam que se faz necessário a promoção de processos participativos, com a inserção de práticas que enfatizem a participação da família, do indivíduo e da comunidade e que estejam concordantes com os aspectos socioeconômicos e culturais de cada indivíduo. Tais práticas tornarão o paciente um indivíduo mais bem informado, resultando em um empoderamento, gerando o poder de escolha sobre quais são as estratégias mais eficientes para serem adotadas em busca de sua melhoria.

Ainda segundo os mesmos autores, é importante levar em consideração que a prática educativa afeta diretamente na autonomia do sujeito, ampliando as capacidades de escolha e livre decisão sobre suas próprias realizações. Portanto, há um aumento na consciência a respeito do modo de agir sobre os determinantes de saúde que o afetam, proporcionando uma participação efetiva dos mesmos sobre os mecanismos de promoção da saúde (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Feldman, Ruthes e Cunha (2008), afirmam que os profissionais da saúde precisam desenvolver criatividade em tudo que realizam, principalmente no escopo do ambiente de trabalho, uma vez que a criatividade surge com a falta de escolha e descontentamento, resultando na criação de estratégias, procurando alternativas existentes, possibilitando às mesmas melhorias, adequando o pouco que existe naquela unidade, a fim de que haja a realização de um trabalho com maior satisfação e resultados.

Há a percepção de que a falta de recursos foi outro fator que dificultou a verdadeira realização de ações mais encorpadas e estruturadas, na busca do debate a respeito da prevenção do diabetes. Isso pode ser entendido como uma falta de apoio dos órgãos fomentadores em relação às inúmeras estratégias existentes que possibilitam a contribuição para uma assistência mais eficiente, como por exemplo, o uso de *folders*, vídeos, álbuns e cartazes, bem como o ambiente de trabalho propriamente dito, muitas vezes impróprio para a estruturação de palestras que envolvam a participação da comunidade.

Há também, em alguns casos, a total falta de apoio, demonstrada em ações políticas como quando é requisitada uma produtividade em consultas que impede a disponibilidade de tempo para atividades educativas ou quando não há a viabilização de condições mínimas para a concretização dessas atividades. Assim, a falta de equipamentos, espaço físico, materiais

educativos, audiovisual e apoio são carências recorrentes (BOEHS *et al.*, 2007).

Costa *et al.*, (2009) enfatizam que a carência de recursos materiais é algo que prejudica muito na realização de uma promoção da saúde dentro da unidade. Esses recursos são fundamentais para a configuração de um atendimento de excelência, o que gera um efeito cascata de insatisfação nos profissionais de atuarem na ESF, o que também contribuí diretamente para um estabelecimento de vínculo muito raso com os pacientes.

Em suma, relativamente a esta categoria evidencia-se que a conduta de enfermagem a ser implementada para obter adesão ao tratamento é considerada insuficiente, sendo necessária a posta em prática de medidas integrativas acerca das práticas de formação e qualificação permanentes sobre a Diabetes Mellitus.

5.2.4 – Categoria 4- Acolhimento pela equipe de enfermagem

O acolhimento prestado pela equipe de enfermagem é uma das práticas mais importantes na ESF, haja vista que o profissional consegue acolher de maneira compreensiva o paciente com DT, pode intervir com medidas preventivas através de consultas com outros profissionais e evitar o agravamento de outras doenças como a Hipertensão Arterial. De acordo com as entrevistas, foi possível notar que o acolhimento da ESF é voltado para uma prática estruturada com a família do paciente. Contudo, é possível inferir que o acolhimento se efetiva de maneira parcial, pois a equipe presta esse serviço, muitas vezes, somente para o usuário, deixando de acolher a família.

Relativamente ao acolhimento realizado pela equipe de enfermagem, a equipe técnica entrevistada demonstra (qual) conhecimento frente ao tema. Isto pode ser comprovado com as seguintes falas:

Através da anamnese (coleta de dados), aferir a PA e medição de glicemia, se estiver alterado o paciente é encaminhado ao médico que prescreve anti-hipertensivos, insulinas, e novos exames para avaliação até que tudo se normalize (Tec. Enf. ESF 2).

O paciente realiza avaliações toda semana para verificações de alterações, são esclarecidas todas as dúvidas (Enfermeira ESF 2).

Busca ativa dos novos casos pelos ACS se constatado Hipertensos e DM são incluídos nos sistemas (Enfermeira ESF 4).

O acolhimento do paciente apenas pode se dar por completo quando há a realização de tarefas que tenham uma abrangência multi e interdisciplinar, sabendo que esse processo de aprendizagem estabelecido entre profissional e paciente é bastante dinâmico e complexo, fazendo necessária uma mudança de mentalidade da equipe profissional. Assim, Silva et al

(2010) ressalta que para que se efetive um bom acolhimento do paciente e que se proceda ao tratamento íntegro do mesmo é necessário que haja uma estratégia de saúde voltada para a família, buscando uma capacitação satisfatória dos clientes e de seu meio social.

Relativamente a esta categoria verifica-se que o acolhimento realizado pela equipe de enfermagem para obter adesão ao tratamento é considerado bom, mas ainda pouco integrativo, sendo necessária a posta em prática de medidas sociais acerca das práticas de formação e qualificação permanentes sobre a Diabetes Mellitus.

É necessário ressaltar que esse estabelecimento de vínculo dos profissionais com os pacientes por meio dessas ações, está diretamente relacionado com o vínculo estruturado, é fundamental que o enfermeiro busque constantes práticas de melhor atender e acolher o paciente, com a inserção de conversas, buscando o estabelecimento de uma confiança afetiva. Essa relação é um momento chave para descoberta de especificidades do paciente e o que o faz sofrer, buscando o estabelecimento de ações mais efetivas (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho permitiu verificar a preocupação existente pelos profissionais da enfermagem a respeito das ações de prevenção e tratamento de um dos males que assola a sociedade contemporânea e preocupa a saúde pública: diabetes mellitus. Assim, os profissionais da enfermagem se mostram preocupados com ações educativas, muito embora ainda se perceba confusão conceitual entre o que diferenciam ações de promoção da saúde e ações de prevenção.

Os profissionais da equipe de enfermagem entrevistados ainda mantêm a perspectiva de prevenção e promoção como sendo relacionado exclusivamente à saúde como ausência de doença, além de haver uma aparente confusão na distinção desses termos, isso contribui diretamente para a manutenção de práticas que divergem de uma estratégia para saúde do indivíduo e da família.

A pesquisa desenvolvida também verificou que os entrevistados careciam de conhecimento e práticas que integrassem a família e comunidade, afastando o paciente de ações que permitam a continuidade do tratamento. Entretanto, muito embora não sejam implementadas, os enfermeiros e técnicos reconhecem a relevância dessas ações que integrem a família e o grupo social do paciente.

A pesquisa pôde evidenciar, também, a importância de que os profissionais da enfermagem, bem como da equipe multidisciplinar, estruturem uma visão de saúde voltada para uma estratégia de integração entre saúde e família, uma vez que a visão curativista permanente no ideário desses profissionais é nociva para a promoção da saúde e prevenção.

Dessa maneira, a educação é um dos fatores fundamentais para a prevenção e aderência no tratamento do diabetes, mais especificamente do tipo Mellitus e, por isso, o trabalho desenvolvido cumpre um importante papel na sociedade, trazendo fundamentação às práticas educacionais já existentes, bem como fomentando o exercício de outras práticas igualmente relevantes para o contexto da saúde e bem-estar do paciente.

Este trabalho pode servir, indiretamente, aos recursos humanos, como insumo para posta em prática da sistematização proposta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADJUTO, Graça. Agência Brasil. Internacional. **OMS: número de adultos com diabetes quadruplicou desde 1980**. 06/04/2016. Disponível em: < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2016-04/oms-numero-de-adultos-com-diabetes-quadruplicou-desde-1980>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ALFENAS, R. C. G. et al. **Diabetes – dieta e receitas especiais**. Viçosa: UFV, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015/Sociedade Brasileira de Diabetes**; [organização: Jose Egídio Paulo de Oliveira, Sergio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

BAADE, R. T. W, BUENO, E. **Co-constyruction of the healthcare autonomy for person with diabetes**. Interface (Botucatu); v. 20, n. 59, p. 941-51, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BOEBS, A. E. et. al. **A interface necessária entre Enfermagem. Educação em saúde e o conceito de cultura**. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.25, n.2, p.307-314, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília – DF, 2006. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**, 2013. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Portal da Saúde SUS. Como funciona? **Equipe de Saúde da Família**. 2006. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de A R Manual de operação. HiperDia** - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, Brasília: Ministério da Saúde: 2002.

CARVALHO, André Luís Menezes. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciências e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.7, Jul. 2012. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028>.
 Acesso em: 04 out. 2017.

CASTRO, M. S. et al. O uso de terapia alternativa e complementar por pacientes diabéticos do tipo 2. **Brasília médica**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 17-25, 2010.

CASTRO, Natércia Gomes de, et al. **Hipertensão**: Conhecimento da Cobertura do Programa no Maranhão, São Luís: Cad. Pesq, v. 17, n. 2, maio/ago. 2010. Disponível em: . Acesso em: 20 setembro, 2011.

CONCEITO CULTURA. **Texto e contexto- Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, abr/jun., 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no 196/1996. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. [Internet]. **Diário Oficial da União**. 10 out. 1996 (acesso out. 2018). Disponível:
http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.1, p.113-118, 2009.

COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.2001-2009, 2011.

FAEDA, Alessandra; DE LEON, Cassandra Genoveva Rosales Martins Ponce. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. Trabalho apresentado na 66ª Semana Brasileira de Enfermagem em Brasília e 2º Colocado no prêmio CEPEnABEn-DF. **Rev Bras Enferm** 2006 nov-dez; 59(6): 818-21.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.2, p.239-242, 2008.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. **Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe das Estratégias Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira; FERNANDES, Andressa Lacerda. Treino em Auto-Observação e Adesão à Dieta em Adulto com Diabetes Tipo dois. Universidade Federal do

Pará. **Pará**, v.. **25**, n. **4**, p. 629-636, Out/Dez, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a19v25n4.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.2115-2122, 2013.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, PM. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009. p. 56-75. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13403686111118_1324_manual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Braz. J. Pharm. Sci.**, vol.45, n.1, pp. 37-48, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000100005>. Acesso em: 02 out. 2017.

GUIMARÃES, F. P. de M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde para o tratamento do portador de diabetes *mellitus* tipo II. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 37-44, 2002.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. **Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes *mellitus***. *Texto Contexto Enferm*, v.19, n.2, p.358-365, 2010.

KING, I. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. New York: Wiley, ed. 6, 2011.

KNUTH, A. G. et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, p.513-520, 2012.

LIMA, A. C. G. G. O. D. de. **As representações sociais de saúde e doença para os portadores de diabetes melito que procuram o serviço de diagnóstico e prevenção da**

retinopatia diabética. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco, 2015.

LINARD, A. G. et al. Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n.1, p.114-120, 2011.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, 2012.

MARTINS, M. M. **Exercício Físico no controle do Diabetes Mellitus.** Guarulhos, São Paulo: Porte editora, 2000.

MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretária de políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Hipertensão Arterial e diabetes Mellitus.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HiperDia, desafios futuros e o que esperar?** 2009. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/geral/hiperdia_desafios_futuros27.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MOLENA-FERNANDES, C. A. A Importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes Mellitus tipo 2. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, v. 27, n. 2, p. 195- 205, 2005. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/.../1427/797>>. Acesso em: 04 out. 2017.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Metodologia científica aplicada ao Direito.** São Paulo: Thomson, 2002.

PANAROTTO, D.; TELES, A. R.; Schumacher, M. V. Fatores associados ao controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo 2. **Revista Assoc. Medica Brasileira.** São Paulo, v. 54, n 4, jul/agos, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2017.

PEREIRA, P. J.; BOURGET, M. Família: representações sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.** v.19, n.3, p.584-591, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REIS, Marcelo Menezes. **Amostragem.** INE 7002. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~marcelo.menezes.reis/Cap7.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

ROECKE, S. BUDO, M.L.D. MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enfermagem USP.** 2012.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do diabetes *mellitus* em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. **Revista ciência, cuidado e saúde,** Maringá, v. 5, n. 1, 2016.

ROSA, Aline Fernandes da. Cuidado de Enfermagem ao Paciente de Portador de Diabetes Mellitus na Estratégia Saúde da Família: Uma Revisão Narrativa. **Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas** do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista. Profa. Orientadora: Lísia Divana Carvalho Silva. Florianópolis (SC) 2014. Disponível em: <
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/168881/ALINE%20FERNANDES%20DA%20ROSA-%20DCNT-TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SILVA, K. L. et al. **Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde.** Esc Anna Nery Rev Enferm, v.14, n.2, p.368-376, 2010.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem,** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TAVARES DMS, Rodrigues RAP. Educação conscientizadora do Idoso Diabético: Uma proposta de Intervenção do Enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP** 2002; 36(1): 88-96.

TAVARES, Bárbara Cristina et al. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto Contexto – Enferm.** Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 751-757, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/14.pdf>. Acesso em: 28 set. 2017.

TAVARES, D. M. d. S.; RODRIGUES, R. A. P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Rev. esc. enferm.** USP [online], vol.40, n.1, pp.88-96, 2011. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/250051682_Assistencia_de_enfermagem_a_um_paciente_portador_de_Diabetes_Mellitus. Acesso em: 25 set. 2017.

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev Saúde Pública**, v.50, n.5, p. 291-298, 2013.

VASCONCELOS, Lucyana Bertoso et al. Consulta de enfermagem como oportunidade de conscientização em diabetes. **Revista. Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.2, n.2, jul/dez. 2000. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/686/762>. Acesso em: 26 set. 2017.

ZANETTI, M. L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.2, p.186-192, 2010.

ANEXO A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOIANAPOLIS-GO.**

Prezado participante

“Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOIANAPOLIS-GO”**. “Desenvolvida por: **ERYKA LORAINÉ GOMES SILVA, JESSICA SAMARA GOMES SILVA e MIRIÃ DA SILVA LIMA OLIVEIRA** discentes de enfermagem do Centro Universitário de Anápolis/ UniEVANGÉLICA, sob orientação da Prof^ª. Ms. **Glaucia Meireles**. O objetivo central do estudo é Descrever como é prestada a assistência de enfermagem frente ao paciente com Diabete Mellitus (DM) em uma estratégia da saúde da família (ESF) no município de Goianópolis-Go.

“O convite a sua participação se deve a colaboração de responder as perguntas feitas durante a entrevista preparada pelos pesquisadores”.

“Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.”

As ligações para as pesquisadoras poderão ser feitas a cobrar. Como fazer uma ligação a cobrar: 9090 + número do telefone desejado. Telefone de contato das pesquisadoras: Eryka (62) 99197-0480 / Jéssica (62) 98481-2469 / Miriã (62) 99225-9250. Informações sobre a Pesquisa:

“Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas através do sigilo profissional”.

“Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro através de CDs.“ A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo (caso haja receio por parte do entrevistado em ou risco de sua identificação ou da instituição o mesmo poderá comunicar ao pesquisador a não citação de sua identificação). “A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionados pelas pesquisadoras do projeto. A entrevista somente será gravada em houver autorização do entrevistado (a)”. Durante a entrevista será utilizado caneta, papel e um questionário por parte das pesquisadoras e caso seja necessário e o pesquisador permita um gravador em Mp3 ou celular.

“O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente de 15 a 20 minutos. “As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora” (os dados coletados das entrevistas serão digitalizados e armazenados no computador das pesquisadoras com total sigilo).

“Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/Uni EVANGÉLICA”.

O benefício direto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa e de proporcionar aos entrevistados a implementar uma educação em saúde com orientação sobre a doença, em reduzir o sofrimento do paciente e o impacto na sociedade. Promovendo assim, qualidade na assistência de enfermagem prestada ao paciente com diabetes mellitus, que possibilitará a busca de estratégias e novas formas para um cuidado de qualidade, com simples intervenções, como o auxílio e orientações no controle glicêmico.

Destacamos ainda que este trabalho possa contribuir na percepção dos profissionais de saúde, acadêmicos de enfermagem e aos leitores das possibilidades terapêuticas existentes, proporcionando e colaborando na expansão dos conhecimentos.

Os resultados obtidos também serão apresentados em eventos científicos e publicados em revistas científicas da área.

Este estudo não lhe trará qualquer tipo de retorno financeiro. Informo também que você tem o direito de desistir de participar desta pesquisa em qualquer momento de seu desenvolvimento, sendo meu compromisso ressarcir-la por quaisquer danos provocados pela mesma (Resolução 466/12).

Riscos.

Essa pesquisa oferece riscos aos participantes, o risco consiste em uma remota possibilidade de um participante da pesquisa identificar-se como parte integrante da amostra vindo a se sentir constrangido que serão minimizados garantindo total sigilo dos participantes, visto que será preservado anonimato completo, pois utilizaremos apenas informações já registradas em um instrumento de coleta de dados, que serão lançados em banco de dados, sem violá-las em seu conteúdo. A identidade dos indivíduos envolvidos jamais será revelada e todas as informações serão mantidas no mais absoluto sigilo, garantindo total anonimato dos participantes. O material será utilizado apenas e tão somente para fins de pesquisa os resultados serão empregados em estudos científico, ressaltando o total sigilo quanto ao nome.

Outro risco envolvido será o constrangimento por parte dos enfermeiros, devido o desconhecimento do assunto que poderá ser minimizados no final da entrevista com orientações a respeito do tema e será transmitido total segurança e tranquilidade no momento da entrevista de modo a evitar o constrangimento ou incomodo sempre comunicando o entrevistado a possibilidade de interromper a entrevista, e retirar sua participação esclarecendo que isso não acontecerá prejuízo a ela.

A participação é voluntária, você só responde se quiser, você pode desistir de participar a qualquer momento, mesmo tendo assinado e já tendo gravada a entrevista, basta procurar o responsável.

Os resultados serão divulgados em forma de trabalhos científicos, palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos.

Assinatura do Pesquisador Responsável – (Inserção na) UniEVANGÉLICA

***Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: ERYKA LORAINÉ GOMES SILVA
JESSICA SAMARA GOMES SILVA e MIRIÃ DA SILVA LIMA OLIVEIRA***

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 20__, _____

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736

E-Mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICE A

Instrumento semiestruturado para coleta de dados

1. Como é feita a abordagem da assistência e enfermagem aos pacientes diabéticos?
2. Quais os meios que estão sendo utilizados para orientar os pacientes com Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família?
3. Os pacientes com Diabetes Mellitus têm procurado assistência?