

# 1. RESUMO

A abordagem deste estudo compreende o conceito de diabetes mellitus tipo II, suas complicações, sua epidemiologia, relacionando a importância da educação permanente dos profissionais de saúde para o acompanhamento dos portadores de Diabetes tipo II, na orientação do auto - cuidado, destacando que a falha na atenção básica de saúde reflete a não adesão ao tratamento favorecendo ao aparecimento das complicações, reduzindo assim a qualidade de vida dos portadores de diabetes onde os problemas encontrados foram à falta de informação, dificuldade de atendimento pela equipe multiprofissional e a demora na realização de consultas e exames. O objetivo deste trabalho é levar o profissional de enfermagem a refletir sobre a importância da educação em saúde para a qualidade de vida do paciente diabético destacando a importância da sistematização da assistência de enfermagem para o atendimento dos pacientes diabéticos verificando assim a falta de atitude do profissional de saúde em se posicionar e agir com autonomia. A abordagem utilizada no presente estudo é do tipo qualitativa, descritiva, exploratória, tem como população-alvo 15 profissionais de Enfermagem que atuam em PSF da cidade de São Gonçalo e contém entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Os resultados encontrados foram à falha no atendimento de enfermagem frente ao paciente, falta informação ao paciente, necessidade de educação permanente aos trabalhadores do SUS, falha na atenção básica de saúde, dificuldade de adesão ao regime terapêutico, a exclusão da família na assistência de enfermagem, a falta da sistematização da assistência de enfermagem. Concluindo assim que a educação continuada para os portadores de diabetes necessita de aperfeiçoamento nos programas realizados ressaltando assim a importância da participação da família do portador de diabetes na consulta de enfermagem destacando que a não adesão ao tratamento deve – se a falta de capacitação dos trabalhadores do SUS demonstrando assim a importância da sistematização da assistência de enfermagem no atendimento aos portadores de diabetes.

Descritores: Educação em saúde, Qualidade de vida, vínculo profissional/paciente

## ABSTRACT

The approach of this study includes the concept of type II diabetes, its complications, its epidemiology, relating the importance of continuing education of health professionals to monitor patients with Type II diabetes in the orientation of self – care, noting that the failure in basic health care reflects the non-adherence to treatment favoring the onset of complications, thereby reducing the quality of life of patients with diabetes where the problems found were the lack of information, difficulty of care by the multidisciplinary team and the delay in consultations and examinations. The objective of this work is to take the

nursing professionals to reflect on the importance of health education for the quality of life of diabetic patients emphasizing the importance of systematization of nursing care for diabetic patients thus verifying the lack of professional attitude health is in position and act autonomously. The approach used in this study is a qualitative, descriptive, exploratory, has as its target population of 15 professional nurses at the FHP in São Gonçalo and contains semi-structured interview as a tool for data collection. The results were at fault in nursing care towards the patients, lack of information to the patient, the need for continuing education to employees of SUS failure in primary health care the lack of systematization of nursing care. Thus completing continuing education for people with diabetes in need of improvement programs undertaken thus underscoring the importance of family participation in people with diabetes in nursing consultation noting that non-adherence to treatment should – if the lack of qualified workers SUS thus demonstrating the importance of the systematization of nursing care in the care of patients with diabetes.

Keywords: Health Education, Quality of Life, Professional / Client

## **2. INTRODUÇÃO**

Este trabalho foi realizado para acompanhar a realidade dos portadores de diabetes tipo 2 com relação ao atendimento prestado pela equipe de saúde da família, ressaltando a importância da educação permanente dos profissionais de enfermagem para o acompanhamento dos pacientes portadores de diabetes tipo 2 na orientação do auto cuidado, uma vez que os profissionais de saúde do programa saúde da família se encontra envolvido no dia-a-dia da comunidade voltando-se para a educação do paciente/família e incentivando as pessoas a aderirem ao seu regime terapêutico não somente com ensino direcionado mas também estimulando a motivação do paciente de acordo com suas necessidades promovendo uma melhoria em sua qualidade de vida demonstrando assim a importância da interação entre os profissionais de enfermagem e o paciente portador de diabetes tipo 2 para a adesão ao tratamento.

O ensino como função da enfermagem, está incluído na legislação estadual sobre a prática de enfermagem e no Standards of Clinical Nursing Practice da American Nurses Association (ANA, 2004).

A educação em saúde é uma função independente da prática de enfermagem e é uma responsabilidade fundamental da enfermagem. Todo o cuidado de enfermagem se dirige à promoção, manutenção e restauração da saúde; a prevenção de doenças; e a ajuda às pessoas a se adaptarem aos efeitos residuais das doenças. As enfermeiras que atuam como educadoras confrontam – se com a necessidade de concentrar – se nas demandas

educacionais das comunidades, bem como em fornecer educação específica para o paciente e a família.

A educação em saúde é importante no cuidado de enfermagem porque ela afeta as capacidades das pessoas e famílias para realizar importantes atividades de auto cuidado. A educação em saúde reflete a emergência de um público informado que está fazendo perguntas mais significativas a respeito da saúde e dos cuidados de saúde, sem o conhecimento e treinamento adequados das habilidades de auto cuidado, os consumidores não podem tomar decisões informadas a respeito de sua saúde. As pessoas com doença crônica precisam de informações sobre o cuidado de saúde para participar ativamente, e assumir a responsabilidade por grande parte de seu próprio cuidado, a educação em saúde pode ajudar aqueles com doença crônica a se adaptar à sua doença, evitar complicações, realizar a terapia prescrita e solucionar problemas quando confrontados com novas situações. Ela também pode evitar situações de crise e reduzir o potencial para a reospitalização decorrente da informação inadequada sobre o auto cuidado.

A meta da educação em saúde consiste em ensinar as pessoas a viver a vida da maneira mais saudável possível isto, é empenhar se no sentido de conseguir seu potencial de saúde máxima, o ensino do paciente também é uma estratégia para promover o auto cuidado em casa e na comunidade, reduzindo os custos dos cuidados de saúde ao prevenir a doença, evitar os tratamentos médicos dispendioso, diminuir o tempo de internação hospitalar e facilitar a alta mais precoce.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção

e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade, efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços, desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação realizando avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação e estimular a participação popular e o controle social.

O processo de trabalho de saúde da família além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica é: Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, ter uma definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua, diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes, prática do cuidado familiar ampliado, efetivada 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, trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal, valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito, promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações, acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe. Recomenda-se que o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF, a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes. Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) fortalece os conselhos de saúde como protagonistas na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde nas três esferas de governo.

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde, instituídos pela Lei n.º 8.142/90, e reconhecidos pela Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, como instâncias do Sistema Único de Saúde na esfera nacional, estadual e municipal, com base em suas experiências e ações de seus componentes, buscam desenvolver instrumentos que favoreçam seu desempenho. Aqui, destaca-se a necessidade da implantação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), contida no Pacto pela Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde deliberou, em setembro de 2005, por meio da Resolução CNS n.º 354/2005, sobre as Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) e decidiu que, antes de elaborar e deliberar sobre esta Política Nacional, deveria dialogar com os conselhos estaduais e municipais de saúde na busca de uma construção coletiva. Para isso, foram realizadas seis Oficinas Regionais (Nordeste I – Aracaju/SE, Nordeste II – Fortaleza/CE, Norte – Palmas/TO, Sudeste – Vitória/ES, Sul – Florianópolis/SC e Centro-Oeste – Cuiabá/MT).

Oportunidade em que foram apresentadas as diretrizes nacionais e debatidos os resultados dos cursos de capacitação já realizados nos estados e municípios e como ocorreu o seu financiamento. Também, debateram-se os temas estratégicos para a Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), os objetivos gerais e específicos para a construção da Política Nacional de Educação Permanente, as estratégias de fortalecimento das relações dos conselhos municipais,

estaduais e nacional no processo de educação permanente e as formas de multiplicar e disseminar o conteúdo acumulado nesses eventos.

Nas propostas apresentadas pelos participantes das oficinas, destacaram-se questões como: a participação social, a intersetorialidade, a comunicação e a informação, a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o financiamento para o controle social. Essas questões foram acolhidas e transformadas em eixos estruturantes da presente política.

Portanto, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) foi construída a partir das diretrizes nacionais, do referencial acumulado na história dos conselhos de saúde, das conferências de saúde e das contribuições apresentadas pelos conselheiros de saúde que participaram das seis oficinas regionais, realizadas nos meses de abril e maio de 2006.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996 em agosto de 2007, houve um reforço da estratégia de descentralização e regionalização do Sistema, alinhando a PNEPS com as diretrizes do Pacto pela Saúde.

Os recursos financeiros deixaram de estar centralizados no Ministério da Saúde e passaram a ser transferidos de forma regular e automática, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação nas instâncias gestoras do SUS. Destaca-se, também, que o desenvolvimento da função de gestão da educação na saúde é uma responsabilidade tripartite. Nos estados, diversos atores conduzem a PNEPS: Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), Escolas de Saúde Pública (ESP), Secretarias de Estado da Saúde, compreendendo a coordenação estadual da Educação Permanente em Saúde e áreas técnicas, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Instituições de Ensino Superior (IES).

A educação Permanente em Saúde destina-se a públicos multiprofissionais com o objetivo de transformações das práticas técnicas e sociais; preocupa-se com os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde;

insere – se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual;

utiliza práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho;

é contínua dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS.

Em 2009, o DEGES/SGTES/MS deu continuidade à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, definindo como pilares desse processo a regionalização, a criação dos espaços de articulação e a observância dos princípios da educação permanente na elaboração dos planos estaduais. Para acompanhar a execução da Política no âmbito estadual, o Departamento elaborou a pesquisa “Programa de Monitoramento e Avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente” e o “Plano de Monitoramento”, que seguiram os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde.

Os recursos financeiros a serem aplicados no ano de 2010 já foram repassados com base nos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, totalizando R\$ 85 milhões. Essas transferências obedecem às orientações da Portaria GM/MS nº 2.953, de 25 de novembro de 2009, que determina o repasse Fundo a Fundo, em parcela única, aos estados e municípios.

Vigilância de Fatores de Risco Para Doenças Não Transmissíveis – DISTRITO FEDERAL – 2010 As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas(OMS, 2003).

As DCNTs, que incluem câncer, doença cardiovascular, doença respiratória crônica e diabetes, são responsáveis por 60% de todas as mortes no mundo, 80% das quais ocorrem nos países de renda baixa e média (PRBM) (OMS, 2003).

De acordo com a Aliança contra as DCNT (ncdalliance, 2010), os principais fatos sobre as DCNTs, atualmente, são que:

8 milhões de pessoas morrem prematuramente nos PRBM de DCNTs todos os anos (OMS).

O Fórum Econômico Mundial identificou as DCNTs como a segunda ameaça mais severa à economia global em termos de probabilidade e potencial perda econômica.

Uma pesquisa recente feita pelo Centro de Desenvolvimento Global mostrou que menos de 3% dos US\$22 bilhões gastos com a saúde pelas agências internacionais de saúde nos PRBM são gastos com as DCNTs;

De acordo com as Metas de Desenvolvimento do Milênio, a saúde é essencial para o desenvolvimento econômico, político e social de todos os países, mas ainda assim, eles não possuem metas ou objetivos para as DCNTs, que causam o maior impacto nos PRBM.

Diante deste cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe em 2003 aos países-membros compromissos para com a redução das taxas de morbimortalidade por DCNT (OMS, 2004). Desde então, o tema vem se fortalecendo, e este ano, mais do que nunca, assume posição de destaque entre os governantes. As estatísticas despertaram o interesse da Organização das Nações Unidas (ONU), que em setembro de 2011 realizou em sua Assembléia Geral uma conferência de alto nível sobre DCNTs. O Brasil, por meio do Ministério da Saúde, prepara o Plano de Ação para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil a ser apresentado por sua presidente neste evento.

Como em diversos países, atualmente no Brasil, as doenças cardiovasculares também são as principais causas de morte, em todas as regiões, respondendo por quase um terço dos óbitos. Em segundo lugar, estão os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violências (Malta et al, 2006).

Em conjunto, as DCNTs respondem por 62% das mortes e 39% de internações no Sistema Único de Saúde (Achutti A e Azambuja MIR, 2004).

Pesquisas revelaram que um pequeno número de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNTs, que são: tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade, ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e inatividade física.

Com o objetivo de realizar o monitoramento sistemático dos principais fatores de risco que levam à DCNTs, o Ministério da Saúde (MS), desde 2006, vem realizando a implantação do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Esta ação é executada em estreita parceria entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, ambas do MS, além de contar com o suporte técnico-científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP). Tais parcerias têm possibilitado o avanço do monitoramento dos principais fatores de risco ou proteção para DCNT por meio deste Sistema de Vigilância.



No presente relatório são apresentados alguns dos resultados do sistema VIGITEL para o ano de 2010 no Distrito Federal, bem como análises comparativas da situação epidemiológica relativa aos fatores de risco para DCNTs do Distrito Federal (DF) desde que o VIGITEL iniciou suas pesquisas, em 2006. Com isto, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis (NVEDNT), junto à Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis (GEDANT), cumpre a tarefa de realizar o monitoramento desses fatores consolidando a vigilância das DCNTs e contribuindo na definição de políticas públicas que promovam a melhoria da qualidade de vida da população do DF.

## **2.1 Diabetes Mellitus**

O diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizada por níveis aumentados de glicose no sangue (hiperglicemia) resultante nos efeitos da secreção de insulina, ação da insulina ou ambas (American Diabetes Association [ADA], 2004). Normalmente determinada quantidade de glicose circula no sangue. As principais fontes dessa glicose são absorção do alimento ingerido no trato gastrointestinal e a formação de glicose pelo fígado a partir das substâncias alimentares.

A insulina, um hormônio produzido pelo pâncreas, controla o nível de glicose no sangue regulando a produção e o armazenamento de glicose. No diabetes as células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas pode parar totalmente de produzi-la. Isso leva a hiperglicemia, que pode resultar em complicações metabólicas agudas, com cetoacidose diabética (DKA) e a síndrome não cetótica hiperosmolar hiperglicêmica (SNCHH). Os efeitos de longo prazo da hiperglicemia contribuem para as complicações macrovasculares (doença da artéria coronária, doença vascular cerebral e doença vascular periférica), complicações microvasculares crônicas (doença renal, e ocular) e complicações neuropáticas (doença dos nervos).

O diabetes tem sido classificado de diversas maneiras. Os diferentes tipos de diabetes variam de acordo com a etiologia, evolução clínica e tratamento. Sendo as principais classificações:

Diabetes tipo 1, as células beta pancreática produtora de insulina são destruídas por um processo auto-imune. Em consequência os pacientes produzem pouca ou nenhuma insulina e requerem injeções desse hormônio para controlar seus níveis glicêmicos. O diabetes tipo 1 afeta aproximadamente 5% à 10% das pessoas com a doença e caracteriza – se por um início agudo antes de 30 anos de idade (CDC, 2004).

Diabetes tipo 2, as pessoas apresentem sensibilidade diminuída à insulina (resistência à insulina) e funcionamento prejudicado das células beta, resultando em produção diminuída de insulina. O diabetes tipo 2 afeta aproximadamente 90% à 95% das pessoas com a

doença. (CDC, 2005). Ele ocorre mais comumente entre pessoas com mais de 30 anos e obesas.

(National Institute of Diabetes and Digestive and kidney Diseases, 2005), embora sua incidência esteja aumentando rapidamente nas pessoas mais jovens por causa da crescente epidemia da obesidade em crianças, adolescentes e adultos jovens. (CDC, 2004).

Diabetes mellitus gestacional (DGM) é qualquer grau de intolerância à glicose com início durante a gravidez. A hiperglicemia desenvolve – se durante a gravidez por causa das secreções dos hormônios placentários, os quais provocam a resistência à insulina. O diabetes gestacional ocorre em até 14% das mulheres grávidas e aumenta seu risco para distúrbios hipertensivos durante a gestação (ADA, 2004f).

### **2.1.1 Epidemiologia do diabetes**

O diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingiu 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias.

Hoje estima-se 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.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta

também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

As complicações agudas do diabetes são hipoglicemia que ocorre quando a glicemia cai abaixo 50 à 60 mg/dl (2,3 a 3,3 mmol/L), pode ser causada pelo excesso de insulina ou agentes hipoglicemiantes orais, muito pouco alimento ou atividade física excessiva.

Cetoacidose Diabética é causada por ausência ou quantidade acentuadamente inadequada de insulina. Esse déficit na insulina disponível resulta em distúrbios no metabolismo de carboidratos proteína e lipídeos.

Síndrome Não-Cetótica Hiperosmolar Hiperglicêmica é uma condição grave em que a hiperosmolaridade e a hiperglicemia predominam, com alterações sensoriais (sensação de consciência). Ao mesmo a cetose comumente é mínima ou ausente. O defeito bioquímico básico é a falta de insulina efetiva. A hiperglicemia persistente provoca diurese osmótica, o que resulta em perda de água e eletrólitos.

Complicações do diabetes a longo prazo são as complicações Macrovasculares que resultam de alterações dos vasos sanguíneos de calibre médio a grande. As paredes vasculares sofrem espessamento, esclerose e os vasos se tornam ocluídos pela placa que aderem às paredes. Mas adiante, o fluxo sanguíneo é bloqueado.

Complicações Microvasculares que caracteriza – se pelo espessamento da membrana basal capilar. Os pesquisadores acreditam que os níveis glicêmicos aumentados reagem através de uma série de respostas bioquímicas para espessar a membrana basal em várias vezes a sua espessura normal. Duas áreas afetadas por essas alterações são a retina e o rins.

Retinopatia Diabética é a causada por alterações nos pequenos vasos sanguíneos na retina, a área do olho que recebe as imagens e envia as informações sobre as imagens para o cérebro.

Nefropatia Diabética quando os níveis glicêmicos ficam consistentemente elevados durante um intervalo de tempo significativo, o mecanismo de filtração dos rins é estressado, permitindo que as proteínas sanguíneas extravasem para dentro da urina. Em consequência disso, a pressão nos vasos sanguíneos do rim aumenta.

Neuropatia Diabética refere – se a um grupo de doenças que afetam todos os tipos de nervos, inclusive os nervos periféricos (sensoriomotores), autônomos e espinhais. O

distúrbio parece ser clinicamente diverso e depende da localização das células nervosas afetadas.

Problemas nos Pés e nas Pernas entre 50% e 75% das amputações do membro inferior são realizados nas pessoas com diabetes. Acredita – se que mais de 50% dessas amputações são evitáveis, desde que os pacientes sejam ensinados sobre as medidas de cuidado dos pés e as pratiquem em uma base diária (ADA, 2004). As complicações do diabetes que contribuem para o risco aumentado de problemas e infecções nos pés incluem: neuropatia, doenças vascular periférica e imunocomprometimento.

## **2.2 OBJETIVO**

### **2.2.1 OBJETIVO GERAL**

Levar o profissional de enfermagem a refletir sobre a importância da educação em saúde para a qualidade de vida do paciente diabético.

### **2.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Analisar o nível de interesse dos profissionais de enfermagem pela educação em saúde dos pacientes diabéticos.

Demonstrar a influência da educação em saúde dos profissionais de saúde na adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida dos pacientes diabéticos.

Demonstrar a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem para o atendimento dos pacientes diabéticos

## **2.3 JUSTIFICATIVA**

Experiências vivenciadas em ambiente domiciliar Incomoda saber que a sociedade adoece por problemas que podem ser evitados, porém muitos morrem, passam por amputações, internações e muitas vezes não recebem a atenção necessária.

## **2.4 PROBLEMAS**

A falta de informação dos portadores de diabetes sobre o conhecimento da sua patologia para realizarem o auto cuidado.

A dificuldade dos pacientes portadores de diabetes a serem atendidos pela equipe multiprofissional.

A demora na realização de consultas e exames.

## **2.5 HIPÓTESE**

Será por falta de atitude do profissional de saúde em se posicionar e agir com autonomia

Será por falta de sistematização da assistência de enfermagem, que leva a entender que a falta de compromisso com a vida do outro se dá por falta de conhecimento sobre o assunto (diabetes).

## **3. REFERENCIAIS TEÓRICOS**

### **3.1 Fatores de Risco Para Diabetes**

Os resultados evidenciados apontam caminhos para a enfermagem que, além de prestar cuidados às pessoas doentes, devem estender seu campo de ação à prevenção de enfermidades e a promoção da saúde da população em geral. Assim sendo, abre-se mais um espaço para que os enfermeiros levem as escolas, proposta para efetivar a realização de oficinas educativas com o objetivo de combater, sobretudo os fatores de risco modificáveis para o DM. (VASCOCELLOS, 2010).

Alguns resultados obtidos, neste estudo, podem ser fatores que comprometem a adesão ao tratamento, dentre elas, destacam – se as variáveis: auto-percepção da saúde, comprometimento visual, realização de atividade física e de atividade de lazer. Tais dados, se investigados pelo(a) enfermeiro (a), durante a realização do cuidado, contribuirá para compreender as questões que tem dificultado a adesão ao tratamento e subsidiará a implementação de ações efetivas em saúde. (TAVARES, 2008).

De maneira geral o presente estudo a necessidade do acompanhamento dos portadores de diabetes mellitus e o desenvolvimento de atividades educativas para sensibilizar tanto os pacientes como os profissionais de saúde para se comprometerem com medidas de controle e preventivas das complicações clínicas. A prevenção das complicações dependem das informações recebidas, sensibilização para a mudança no estilo de vida e do desenvolvimento de habilidades para o auto-cuidado. (MORAIS, 2009).

Estudos mostraram que em relação ao diabetes auto-referido, a sensibilidade é menor, uma vez que o rastreamento do diabetes é mais complexo e menos difundido que o da hipertensão, restando mais pessoas sem diagnóstico na população. (CARVALHO, 2009)

Fatores revelam que a maior qualidade de vida dos profissionais, conseqüentemente, traz maior produtividade e qualidade do trabalho realizado e que entre os fatores de risco

relacionados da diabetes autorreferida encontram-se a idade, sexo, sobrepeso e história familiar, sendo o excesso de peso o único fator modificável devendo considerar uma alimentação saudável e a prática de atividade física por esses profissionais (MARTINS)

Acredita-se que somente ações contínuas poderão interferir positivamente na prevenção ou minoração do surgimento de condições de risco favoráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas comprometedoras, tanto na qualidade de vida como da qualidade de assistência prestada (VILARINHO, 2010)

### **3.2 Qualidade de Vida**

Os profissionais de saúde nem sempre têm correspondido às expectativas de envolvimento. O desejo das pessoas com DM é de diálogo e de que sejam criadas possibilidades para que possam efetuar suas escolhas. Essas escolhas nem sempre são aquelas que os profissionais gostariam, mas são aquelas que as pessoas consideram adequadas ao seu viver e que poderão contribuir de algum modo para um viver mais saudável. (FRANCIONI, 2007).

Dessa forma conhecer as dimensões mais negativamente impactadas pelo diabetes possibilita o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção voltadas a este grupo, de maneira a capacitá-lo para escolhas saudáveis em seu cotidiano, com vistas à melhoria da qualidade de vida. (FERREIRA, 2009)

Conhecer a qualidade de vida dos indivíduos com hipertensão e diabetes significa um momento ímpar de compreensão e remete novamente a importância do planejamento e da implementação de ações de responsabilidades das esferas governamentais, que envolva tanto a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos quanto a valorização dos trabalhadores da ESF (MIRANZI, 2007)

Na avaliação da qualidade de vida dos portadores de diabetes faz-se necessário a adesão ao tratamento e o controle dos níveis metabólicos que inclui desde o uso de medicamentos, atividade física, seguimento da dieta e adoção de hábitos saudáveis de vida que podem interferir negativamente na qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus na medida em que se impõem mudanças em seu cotidiano e estilo de vida, desta forma conhecer as dimensões mais negativamente impactada pelo DM possibilita o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção voltadas a este grupo, de forma a capacitá-lo para escolhas saudáveis e melhoria na qualidade de vida (FERREIRA, 2008)

### **3.3 Atenção Básica de Saúde**

Sabe – se que a atenção primária a saúde possui importância primordial para o desenvolvimento da promoção da saúde da população e que os indivíduos com diabetes tipo 2 contam com programas direcionados a eles, que permitem cuidados com controle metabólicos, porém há carência de um seguimento contínuo por parte dos profissionais de saúde gerando um resultado no controle metabólico ineficaz (PALOALTO, 2007)

A participação dos pacientes com DM em seguimento sistemático em serviço de atenção básica à saúde, acompanhados por equipe multiprofissional, contribuiu para a melhoria de quatro parâmetros clínicos/laboratoriais. A manutenção de alguns parâmetros dentro dos padrões de normalidade devem ser valorizada como um benefício advindo das atividades programadas aos usuários de unidade básica de saúde com DM. (OTERO, 2010)

No processo de adoecimento pelo diabetes a tentativa de redução da pessoa a um corpo doente ou incapacitado não contribui na promoção do autocuidado tão claro na relação entre portadores de diabetes e profissionais de saúde. O corpo vivido do portador de diabetes, em seu olhar signifiante constrói espaço e tempo na ambigüidade da existência é ele que abre um novo estilo de vida a doença e fecha-se negando a possibilidade de cuidar – se (DANTAS, 2006)

Para um portador de DM, o conhecimento sobre sua doença é imprescindível na prevenção de complicações, no autocuidado e na manutenção do controle metabólico e a importância da equipe interdisciplinar constantemente avaliar o seu processo de trabalho verificando se sua abordagem apresenta resultados positivos ou carece de novas direções educacionais e a necessidade da implantação do atendimento multiprofissional a diabéticos na modalidade grupal nos serviços de saúde que abarquem o tratamento e a educação e, assim, proporcionem conhecimentos relativos à doença a fim de promover o autocuidado e favorecer o controle glicêmico, diminuindo, desta forma, o ônus trazido pela doença e aumentando a qualidade de vida desta população. (PINN GIL, 2008)

Estudos relatam que ainda persistem práticas centradas no procedimento e na queixa que em determinadas ocasiões não levam em conta as necessidades manifestadas pelo usuário e que o sistema de referência e contra-referência foi apontado como limitante nesta busca pela integralidade e continuidade ficando assim necessário construir uma proposta de atenção integral, singular e humanizada para a população (DURANZA, 2010)

Estudos revelam que o enfermeiro deve prestar assistência na atenção primaria em saúde de forma humanizada e integralizada, tendo uma visão holística do indivíduo prestando assistência qualificada através da consulta de enfermagem, no qual possui um papel imprescindível na atenção a esses indivíduos com caráter científico e respaldo legal. (OLIVEIRA, 2010)

### **3.4 Processo de Enfermagem**

Estudos demonstram a necessidade de estimular a utilização e o registro do processo de enfermagem uma vez que o enfermeiro é quem mantém contato direto e contínuo com o paciente portanto é necessário avaliar os fatores que dificultam a utilização do processo de enfermagem pelos profissionais, bem como utilizar programas de capacitação e incentivo a prática sistematizada (BARRETO, 2007)

A utilização do protocolo SDM constituiu um grande desafio para a equipe multiprofissional de saúde tanto em relação a sua capacitação em educação em diabetes quanto a compreensão de que a aquisição do conhecimento, não se traduz em mudança de comportamento, o protocolo possibilitou a participação dos pacientes nas decisões quanto as modificações que se fizeram necessárias no atendimento oferecido, além de favorecer aquisição de conhecimento para o automanejo do diabetes (ZANETTI, 2006)

### **3.5 Formação de vínculo**

Verificou-se que a confiança, o compromisso, o respeito, a empatia e a organização do serviço são elementos indispensáveis para que haja formação de vínculo, pois possibilitam maior conhecimento da comunidade a quem prestam serviço, melhorando a qualidade de vida da população, vínculo é fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao usuário exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha respeitados (MONTEIRO, 2009)

Com a ampla jornada de trabalho, o profissional reduz o tempo que poderia ser destinado a sua atualização que deve ser realizada dentro de sua carga horária contudo o profissional tem que ter disponibilidade para tal, o perfil profissional tem a ver com sua forma de atuação, iniciativa, competência e discernimento ao planejar as ações, programas a serem desenvolvidos. (ROCHA, 2007)

### **3.6 Educação em Saúde**

Ao se dispor a conhecer as expectativas das pessoas diabéticas em relação aos resultados que elas esperam obter com sua participação no programa de saúde, o profissional valoriza o conhecimento popular e as representações construídas coletivamente sobre as estratégias de intervenção adotadas. Essa postura de escuta, acolhimento e respeito à alteridade pode contribuir para produzir na mulher diabética um sentimento de ser notada, valorizada em sua subjetividade e reconhecida em suas potencialidade. Deste modo facilita o estabelecimento do vínculo profissional - paciente e



fomenta a aliança terapêutica, que tem sido apontada como uma variável crítica e decisiva para obtenção da adesão ao tratamento em diabetes. ( RIBAS, 2009)

Esses resultados apontam que a capacidade de autocuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2 está vinculada a múltiplos fatores, que merecem atenção dos profissionais de saúde quando da proposição de programa de educação. (ZANETTI, 2010)

O processo de educação permanente contribuiu para melhorar a qualificação dos profissionais, uniformizar e sistematizar um atendimento ao usuário com diabetes em termos de integralidade, educação em saúde e desenvolvimento do autogerenciamento (RODRIGUES, 2010)

O diabetes mellitus revelou ser uma doença que, independente da faixa etária e da etiologia, causa um impacto negativo na vida biopsicosocial, necessitando um urgente olhar cada vez mais amplo por parte do enfermeiro para a relação entre as reações emocionais e as ações dos papéis de autocuidado dos portadores de diabetes mellitus. (RODRIGUES, 2008)

O diálogo, a troca de conhecimento, os questionamentos, uma necessidade de educação continuada e a participação popular, citados com qualificadores da educação em saúde, também representa uma concepção mais ampla da educação e uma importante abertura para transformações positivas, a troca conjunta de saberes entre a equipe de saúde e usuários de serviço se depara com barreiras culturais muito arraigadas o que possibilita a abertura necessária para a inserção do cidadão/usuário como sujeito ativo no processo educativo. (FERNANDES, 2010)

Devido as concepções tradicionais, as quais se mantêm presente na prática médica sobre prevenção de doenças e promoção de saúde, há uma necessidade de estratégias que permitam abordagens mais amplas sobre o processo saúde-doença, traduzindo os princípios mais atuais da promoção de saúde embora a ação na maioria das vezes teve como foco a saúde e o bem estar e não a doença (FIGUEIRA, 2009)

### **3.7 Adesão ao Tratamento**

Os dados indicam que a atividade educativa no hospital ainda não se concretizaram, uma vez que os pacientes revelaram que não se sentiam motivados nem reconhecia a educação como um instrumento capaz de ajudá-los a obter um melhor controle metabólico. Portanto, é necessário que haja fortalecimento e ampliação do grupo de educação em diabetes, no referido hospital, com vistas a motivar o paciente e sua família a participarem efetivamente dele, através do qual poderão elaborar seus problemas (CAZARINI, 2002)

As pessoas com diabetes mellitus tipo 2 querem manter o controle sobre suas vidas, por mais que elas acreditem na importância da adesão ao tratamento podem recusar ou ter dificuldade para cumprir as recomendações terapêuticas, portanto para promover adesão ao tratamento essas recomendações devem atender as necessidades e expectativa das pessoas (VILLAS BOAS, 2011)

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde em ajudar – lo na mudança no estilo de vida e ensina lo a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise a qualidade de vida e autonomia a adesão ao tratamento tem uma natureza multifatorial pois diversas são as características da pessoa passíveis de afetar a adesão ao tratamento (DATAITI, 2008)

O processo de trabalhar em grupo na atenção em diabetes mellitus favorece o amadurecimento dos profissionais para compreender as necessidades reais do cliente para a conquista de sua própria saúde e a adoção de hábitos de vida saudáveis e permite maior eficiência e menor custo efetividade nos programas educativos, porém é necessário investimento na educação continuada da equipe multiprofissional e a capacitação para o autogerenciamento em doenças crônicas não – transmissíveis (ZANETTI, 2006)

## **4. METODOLÓGIA**

A abordagem utilizada deste estudo é do tipo qualitativo, descritivo e exploratório, tem como população-alvo 15 profissionais de Enfermagem que atuam em PSF da cidade de São Gonçalo e contém entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados.

Conforme Jung(2003), a pesquisa exploratória é a coleta de dados e informações sobre um fenômeno de interesse sem grande teorização sobre o assunto, inspirando ou sugerindo uma hipótese explicativa, ela tem por finalidade a descoberta de práticas ou diretrizes que precisam ser modificadas e obtenção de alternativas ao conhecimento científico existente

Segundo Trivino(1995), a pesquisa qualitativa é como uma : "expressão genérica". Isto significa, por um lado, que ela compreende atividades de investigação que podem ser denominadas específicas. E, por outro, que todas elas podem ser caracterizadas por traços comuns. Esta é uma ideia fundamental que pode ajudar a pesquisadora a ter uma visão mais clara do que pode chegar a que tem por objetivo atingir uma interpretação de realidade do ângulo qualitativo.

Segundo Rudio (2003) a pesquisa descritiva deseja conhecer a sua natureza, sua composição, processos que o constituem ou nele se realizam. Para alcançar resultados

válidos, a pesquisa necessita ser elaborada corretamente, submetendo-se as exigências do método.

A pesquisa exploratória visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores (GIL, 1999).

De acordo com Gil (2002) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

A pesquisa qualitativa considera que há uma relação indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Neste tipo de pesquisa, conforme Godoy (1995) e Richardson (1989), os dados não são analisados por meio de instrumentos estatísticos, pois a mensuração e a enumeração não são o foco deste tipo de pesquisa.

A pesquisa descritiva tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem, entretanto, entrar no mérito do seu conteúdo. Na pesquisa descritiva não há interferência do pesquisador, que apenas procura descobrir, a frequência com que o fenômeno acontece. (JUNG 2003)

## **5. CATEGORIAS TEMÁTICAS**

### **5.1 O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Educação em saúde consiste em ensinar as pessoas a viver a vida da maneira mais saudável possível isto, é empenhar se no sentido de conseguir seu potencial de saúde máxima, o ensino do paciente também é uma estratégia para cuidados de saúde ao prevenir a doença, evitar os tratamentos médicos dispendioso, diminuir o tempo de internação hospitalar e facilitar a alta mais precoce. (BRUNNER, 2011)

O diálogo, a troca de conhecimento, os questionamentos, uma necessidade de educação continuada e a participação popular, citados com qualificadores da educação em saúde, também representa uma concepção mais ampla da educação e uma importante abertura para transformações positivas, a troca conjunta de saberes entre a equipe de saúde e

usuários de serviço se depara com barreiras culturais muito arraigadas o que possibilita a abertura necessária para a inserção do cidadão/usuário como sujeito ativo no processo educativo. (FERNANDES, 2010)

*Orquídea: Educação em saúde é você trabalhar com a informação que vai levar a prevenção... onde o paciente passa a conhecer mais a doença e o que eles podem fazer mais para não apresentarem ou retardarem a chegada das complicações.*

*Bromélia: Educação em Saúde é conscientizar o paciente sobre como ele pode se tratar com relação... ao autocuidado.*

*Flor de Linz: Educação em saúde é orientar sobre cuidados com a saúde de forma preventiva, evitando que o problema venha a se agravar.*

É necessário que a educação em saúde consista em um trabalho de continuidade onde os pacientes precisam de atenção qualificada e se sintam protegidos e seguros para que não desistam de dar continuidade ao tratamento e o profissional deve ser persistente em busca não se qualificando a cada dia como também colocando em prática as suas teorias para que ambos alcancem êxitos como o nível máximo de saúde.

## **5.2 A PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM COM RELAÇÃO A RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO COM OS PACIENTES DIABÉTICOS.**

A adesão não pode ser pensada como um construto unitário, mas, sim, multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto do regime terapêutico, mas não aderir aos outros. (DELAMATER AM, 2006)

Em muitos estados, o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: sócio-econômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão e diabetes, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença. Além disto, o Programa detecta as dificuldades que impedem maior adesão ao tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares. Estas atividades proporcionam o vínculo entre os pacientes e a ESF. (IDF, 2006)

Dessa forma conhecer as dimensões mais negativamente impactadas pelo diabetes possibilita o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção voltadas a este grupo, de maneira a capacitá-lo para escolhas saudáveis em seu cotidiano, com vistas à melhoria da qualidade de vida. (FERREIRA, 2009)

*Margarida: Dieta, cuidados com os pés, medicação correta.*

*Violeta: Evitar sedentarismo, alimentação e atividade física.*

*Copo de leite: Dieta, controle do açúcar, importância da atividade física e o uso controlado da medicação.*

O profissional da área de saúde que atua no Programa Saúde da Família tem a possibilidade de atuar na vida dos pacientes portadores de diabetes, pois estes tem em suas mãos o conhecimento e o estilo de vida de cada um o que lhes proporcionam maior capacidade de planejar as ações de saúde de acordo com o modo de vida de cada um trazendo-lhes resultados mais eficazes. Percebi que o fator alimentação foi o que mais ofereceu resistência, dentre as orientações de enfermagem oferecidas.

### **5.3 PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE AS COMPLICAÇÕES DOS PACIENTES DIABÉTICOS**

Acredita – se que mais que 50 % dessas amputações são evitáveis, desde que os pacientes sejam ensinados sobre as medidas de cuidados dos pés e as pratiquem em uma base diária. (ADA, 2004)

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (PNAB, 2006)

*Margarida: relacionou problemas nos pés como mais comum...*

*Cravo: Problemas nos pés e perna e nefropatia.*

*Azaléia: Pé diabético, retinopatia, hipoglicemia, complicações macrovasculares e cetoacidose.*

Diante das complicações a quais os portadores de diabetes estão expostos, vale ressaltar a importância do cuidado e da prevenção da saúde considerando a importância da eficiência da enfermagem que atua no programa da saúde da família, uma vez que a falha na atenção básica pode comprometer a qualidade de vida do portador de diabetes dentre as complicações mais frequentes relacionou – se problemas com os pés.

### **5.4 O ENFERMEIRO FRENTE AO ATENDIMENTO AO PORTADOR DE DIABETES**

Estudos demonstram a necessidade de estimular a utilização e o registro do processo de enfermagem uma vez que o enfermeiro é quem mantém contato direto e contínuo com o paciente portanto é necessário avaliar os fatores que dificultam a utilização do processo de enfermagem pelos profissionais, bem como utilizar programas de capacitação e incentivo a prática sistematizada (BARRETO, 2007)

Os profissionais de saúde nem sempre têm correspondido às expectativas de envolvimento. O desejo das pessoas com DM é de diálogo e de que sejam criadas possibilidades para que possam efetuar suas escolhas. Essas escolhas nem sempre são aquelas que os profissionais gostariam, mas são aquelas que as pessoas consideram adequadas ao seu viver e que poderão contribuir de algum modo para um viver mais saudável. (FRANCIONI, 2007).

O papel da enfermeira expandiu-se em resposta a necessidade de melhorar a distribuição dos serviços de saúde e para diminuir o custo desse atendimento, estas prestam cuidados direto aos pacientes de forma autônoma; suas práticas ocorrem dentro de uma agência de cuidado de saúde ou em colaboração com o médico o que permite que as enfermeiras atuem de maneira independente com outros profissionais de saúde e que estabeleçam uma relação mais articuladas com os médicos. ( BRUNNER, 2011)

*Cravo: Atendimento com clínico, endocrinologista, nutricionista.*

*Acácia: Atendimento médico, enfermagem, Psicólogos, assistente social, ainda os paciente com complicações são referenciados...*

*Amor Perfeito: pode contar com médicos (clínico), enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social.*

Os profissionais de enfermagem estão capacitados a exercerem suas funções com autonomia, podendo assim atuar junto aos pacientes proporcionando a eles um tratamento contínuo e de qualidade, uma vez que o programa saúde da família é destinado à comunidade tornando o vínculo efetivo do profissional/paciente eficaz., porém a consulta de enfermagem ainda é pouco valorizada frente a consulta médica.

## **5.5 A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAL DE SAÚDE E O PACIENTE**

Verificou-se que a confiança, o compromisso, o respeito, a empatia e a organização do serviço são elementos indispensáveis para que haja formação de vínculo, pois possibilitam maior conhecimento da comunidade a quem prestam serviço, melhorando a qualidade de vida da população, vínculo é fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao usuário

exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha respeitados (MONTEIRO, 2009)

*Bromélia: Sim, pois eu procuro agir com humanização de modo que os pacientes se sintam à vontade em me procurar e se abrir sem receio.*

*Flor de Lins: Sim, Pois no posto ha uma relação muito familiar.*

*Jasmim: Sim, pois o enfermeiro tem afinidade com os pacientes.*

*Dália: Sim, pois é importante conhecer cada paciente até para realizar o atendimento priorizando sua doença.*

A interação enfermeiro paciente ocorre de forma efetiva, humanitária tendo entre eles um vínculo de intimidade o que permite a troca informação de acordo com o estilo de vida de cada um facilitando o atendimento proporcionando a individualidade no tratamento, onde todos apontam para um atendimento individualizado.

## 6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Conforme a categoria que expressa sobre o **Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem Sobre Educação em Saúde** Brunner (2011), diz que educação em saúde consiste em ensinar as pessoas a viver a vida da maneira mais saudável possível isto, é empenhar se no sentido de conseguir seu potencial de saúde máxima, o ensino do paciente também é uma estratégia para promover o auto cuidado em casa e na comunidade, reduzindo os custos dos cuidados de saúde ao prevenir a doença, evitar os tratamentos médicos dispendioso, diminuir o tempo de internação hospitalar e facilitar a alta mais precoce. Todavia os enfermeiros entrevistados demonstram entender sobre o que é educação em saúde: “Orquídea: Educação em saúde é você trabalhar com a informação que vai levar a prevenção...”. “Flor de Linz: Educação em saúde é orientar sobre cuidados...” Na minha análise a educação em saúde é uma função independente da prática, ou seja, uma responsabilidade fundamental da enfermagem porque ela afeta a capacidade das pessoas e famílias a realizarem importantes tarefas do auto cuidado, os enfermeiros entrevistados embora em outras palavras demonstraram entender sobre o que se refere a educação em saúde. Com relação à **A Percepção da Enfermagem com Relação a Resistência ao Tratamento com os Pacientes Diabéticos** Delamater AM (2006), diz que a adesão não pode ser pensada como um construto unitário, mas, sim, multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto do regime terapêutico, mas não aderir aos outros. “Margarida: Dieta, cuidados com os pés,

medicação correta”. Contudo a adesão ao tratamento consiste em uma educação continuada e um acompanhamento individualizado permitindo aos pacientes uma interação e participação com diálogo para que os mesmos possam esclarecer suas dúvidas, no que diz respeito a adesão ao tratamento é necessário reforçar o diálogo individualizado assim como o dar ênfase ao trabalho de grupo. No que se refere à **Percepção Da Enfermagem Sobre As Complicações Dos Pacientes Diabéticos**. A Política Nacional de Atenção Básica (2006), afirma que a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Porém os enfermeiros durante a entrevista responderam: “Margarida: relacionou problemas nos pés como mais comum...”, “Cravo: Problemas nos pés e perna e nefropatia”. Portanto foi observado que as complicações dos pacientes diabéticos ocorrem devido à falta de vínculo, a falta de conhecimento sobre a doença por falha no programa de saúde e por falha no programa nacional de educação permanente, porém dentre as complicações durante a entrevista os enfermeiros relataram um maior índice em problemas nos pés e pernas, e ressaltaram que os portadores de diabetes quando evoluem a um nível terciário geralmente isso ocorre por falha na atenção básica mas não no atendimento prestado ao cliente. Diante da categoria **O Enfermeiro Frente Ao Atendimento Ao Portador De Diabetes**. Segundo Barreto (2007), Estudos demonstram a necessidade de estimular a utilização e o registro do processo de enfermagem uma vez que o enfermeiro é quem mantém contato direto e contínuo com o paciente, portanto é necessário avaliar os fatores que dificultam a utilização do processo de enfermagem pelos profissionais, bem como utilizar programas de capacitação e incentivo a prática sistematizada. “Cravo: Atendimento com clínico, endocrinologista, nutricionista.”. Durante a análise percebeu-se que o atendimento de enfermagem deixa falhas pois uma grande parte dos enfermeiros entrevistados delegam suas funções referenciando o atendimento para o médico e outros especialistas. Observando a categoria **A Importância do Vínculo Entre Profissional de Saúde e o Paciente**. Monteiro (2009), ressalta que a confiança, o compromisso, o respeito, a empatia e a organização do serviço são elementos indispensáveis para que haja formação de vínculo, pois possibilitam maior conhecimento da comunidade a quem prestam serviço, melhorando a qualidade de vida da população, vínculo é fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao usuário exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha respeitados. “Dália: Sim, pois é importante conhecer cada paciente até para realizar o atendimento priorizando sua doença”. Contudo o programa saúde da família vem se destacando dia a dia, pois este ambiente propicia uma interação muito familiar e íntima entre profissional/paciente que ocorre em grande parte de forma efetiva proporcionando ao



profissional de saúde uma relação de intimidade com cliente favorecendo um atendimento de qualidade.

## **7. DISCURSÃO DOS RESULTADOS**

De acordo com as abordagens realizadas, percebi que a educação em saúde é uma responsabilidade fundamental da enfermagem, porém uma pequena parte dos enfermeiros que atuam no programa saúde da família ainda delegam suas funções a outros profissionais como: nutricionistas, psicólogos, médicos dentre outros em funções que podem ser realizada pela enfermagem. No que se refere á complicações a qual o portador de diabetes está exposto foi identificado falha em compreender sobre o assunto muitos dos enfermeiros apenas citaram sobre as complicações, porém não souberam explicar o que se refere, embora em uma grande parte foi relacionado um maior índice com problemas nos pés e pernas, porém uma pequena parte destes não souberam dialogar sobre o que fazer para prevenir, sendo assim percebe-se que falha no programa de educação permanente no que diz respeito à capacitação dos profissionais proporcionam uma redução na qualidade dos serviços prestado, Segundo PNEPS (2011). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Sabemos que a educação em saúde é um processo contínuo que auxilia o paciente e família no autocuidado evitando assim as complicações das doenças e reduzindo o potencial para reospitalização decorrente da informação inadequada sobre o auto cuidado, porém foi observado que o atendimento prestado aos portadores de diabetes quando realizado é organizado de forma a atender o paciente onde não foi observado a presença e a participação da família ficando esta “excluída”, não recebendo assim assistência necessária sobre o autocuidado, sobre a doença, ou sobre qualquer outro aspecto que se refere, sendo que a participação da família na recuperação do paciente é algo fundamental não podendo esta deixar de fazer parte do tratamento. O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde em ajudá-lo na mudança no estilo de vida e ensiná-lo a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise a qualidade de vida e autonomia a adesão ao tratamento tem uma natureza multifatorial, pois diversas são as características da pessoa passíveis de afetar a adesão ao tratamento (DATAITI, 2008)

O Programa Saúde da família trabalha com a prevenção, portanto em uma pequena parte dos entrevistados foi constatado que é necessário reforçar o trabalho individualizado porque este proporciona ao cliente uma interação profissional/paciente mais íntima e

efetiva. Segundo Rocha (2007), Com a ampla jornada de trabalho, o profissional reduz o tempo que poderia ser destinado a sua atualização que deve ser realizada dentro de sua carga horária, contudo o profissional tem que ter disponibilidade para tal, o perfil profissional tem a ver com sua forma de atuação, iniciativa, competência e discernimento ao planejar as ações, programas a serem desenvolvidos. Também foi constatado em uma grande parte que o trabalho de grupo embora seja realizado nos PSFs muitos pacientes não comparecem, portanto é necessário reforçar a captação dos agentes comunitários de forma a oferecer permuta aos clientes uma vez que foi identificado que uma grande parte só comparece para eventos se houver vantagens para eles, portanto fica evidenciado que a resistência ao tratamento, muita das vezes esta relacionado a falta de capacitação do profissional, a falta de informação do paciente e falta de interação dos agentes comunitários na captação dos pacientes, na dificuldade em dar continuidade ao tratamento, na falta de medicamento no posto de saúde, na demora da realização de exames dentre outros. Diante dos fatos citados evidencia – se a importância da sistematização de enfermagem para o acompanhamento contínuo dos pacientes portadores de diabetes proporcionando uma assistência qualificada e prevenindo a evolução do paciente a um nível secundário.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante deste trabalho pude entender que o profissional de saúde (enfermeiro), é parte integrante do processo saúde-doença sendo este o portador da autonomia para fazer com que o paciente aprenda sobre sua doença demonstrando assim o desejo de aderir o tratamento terapêutico, pois o enfermeiro deve estar envolvido neste processo com responsabilidade e compromisso promovendo uma melhoria na qualidade de vida dos portadores de diabetes e atendendo a cada um como um ser único. Portanto a educação continuada para os portadores de diabetes necessita de aperfeiçoamento nos programas realizados de maneira que desperte nos pacientes o interesse na participação das atividades tanto individual como em grupo.

Percebi também a necessidade de inserir a família do paciente portador de diabetes nas consultas de enfermagem, onde pude observar que o profissional não tem paciência em atender a família como parte do deste processo, pois quando um dos componentes da família procura o serviço de saúde para tirar dúvidas sobre algo do paciente é solicitado a este que peça ao paciente para ele procure a unidade de saúde, porém a família necessita de esclarecimentos sobre a condição do paciente para incentivar, ajudar e acompanhar em casa o paciente no auto-cuidado dando assim continuidade ao tratamento.

Sabemos que a educação permanente para os trabalhadores do SUS é compreendida como uma ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas de saúde, portanto a falha na capacitação desses profissionais é algo de maior influência na adesão ao regime terapêutico dos portadores de diabetes, uma vez que este profissional de enfermagem encontra – se tão envolvido no processo saúde-doença estabelecendo assim um vínculo profissional-paciente e firmando então uma aliança terapêutica, observei que a falta de interesse dos profissionais de saúde em se colocarem diante do problema delegando assim sua função a outros profissionais deve - se a falta da capacitação, a falta de planejamento, a falta de condições de trabalho ressaltando a necessidade da educação permanente aos trabalhadores do SUS. Diante disto ressalta - se assim a importância da sistematização da assistência de enfermagem no acompanhamento deste processo.

A falta de adesão dos pacientes ao regime terapêutico deve-se as dificuldades em dar continuidade ao tratamento principalmente quando este precisa ser referenciado (para exames, consultas com outros profissionais, etc...) pois muitos deles não conseguem atendimento e desiste do tratamento contribuindo assim para uma piora em seu estado de saúde, muitos desses paciente perdem o contato com o enfermeiro pois não há uma assistência de continuidade de tratamento e compromisso com o paciente referenciado entendendo assim que a responsabilidade em dar continuidade ao tratamento é apenas do paciente, sendo importante destacar que muitas das vezes as complicações do diabetes não são responsabilidade do paciente e da família e sim da qualidade da atenção oferecida pelo profissional de saúde onde é dado ênfase aos aspectos técnico deixando de lado as atividades de educação e informação sobre a doença.

Foi identificado neste trabalho como fator de maior relevância a dificuldade de adesão a dieta e atividade física no que se refere à mudança no estilo de vida levado em consideração que a pobreza é um fator que pode favorecer o desenvolvimento do diabetes por estar relacionada a um padrão alimentar inadequado o portador de diabetes deve ser orientado pelo profissional de nutrição e educação física sendo estas orientações realizadas respeitando a individualidade do sujeito sendo avaliada e acompanhado pelo profissional de saúde que conheça seus hábitos e costumes tornando assim evidente a participação do enfermeiro na continuidade e acompanhamento destas avaliações demonstrando ao portador de diabetes a influência da dieta e atividade física na melhoria da sua qualidade de vida e no seu controle metabólico sendo assim um incentivo ao portador de diabetes em dar continuidade ao regime terapêutico.

As pessoas portadoras de diabetes apontam a uma necessidade de diálogo, empatia, respeito, compromisso e confiança para que se sintam seguros em realizarem seu papel como cidadão pode perceber que a interação profissional/paciente ocorre de forma efetiva

facilitando assim a assistência ao cliente, pois os enfermeiros do posto saúde da família acolhem seus usuários de uma forma muito familiar conferindo – lhe autonomia o que diz respeito a sua saúde dando a eles o direito da fala, argumentação e escolhas fazendo com que eles se sintam a vontade para um diálogo, diante disso também pude observar que muitos dos usuários só procuram o serviço de saúde em situações críticas, ou quando precisa de medicamento, atendimento com o médico entre outros destacando assim a necessidade de aperfeiçoamento das equipes dos agentes comunitários na realização da busca ativas a estes pacientes.

## **9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BAQUEDANO, I. R.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; et al. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. Rev Esc Enferm USP, v. 44, n. 4, p. 1017-23, ago/mar, 2010.

BARRETO, P. L.; OLIVEIRA, F. M.; SILVA, R. C. P.; utilização do processo de enfermagem em diabéticos nas unidade de saúde de Coronel Fabriciano. Rev Brasileira em promoção da saúde. Minas Gerais, v. 20, n. 1, p. 53-59, 2007.

BOAS, L. C. G. V.; FROSS, M. C.; FREITAS, M. C. F.; adesão a dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. Texto contexto - enferm. Florianópolis. V. 20, n. 02, abr/jun, 2011.

CAZARINI, R. P.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P.; et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. Ribeirão Preto. V. 35, p. 142-150, abr/jun, 2002.

DURANZA, R. L. C. produção de cuidado para os portadores de diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária de saúde. 229p. (Tese) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S.; Educação em saúde: perspectiva de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire, R Bras Enferm, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-73, jul-ago, 2010

FERREIRA, F. S. qualidade de vida relacionada a saúde dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma equipe de saúde da família do município de Uberaba. 2008. 136p Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da universidade de São Paulo.

FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B.; qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe de saúde da família. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 406-11, jul/set, 2009.

FIGUEIRA, T. R.; FERREIRA, E. F.; SCHALL, V. T.; et al, Percepções e ações de mulheres em relação a prevenção e promoção da saúde na atenção básica, Rev saúde pública, Belo Horizonte, v. 43, n. 6, p. 937-43, fev/abr, 2009.

FILHO, C. V. S.; RODRIGUES, W. H. C.; SANTOS, R. B.; papéis de autocuidado – subsídios para a enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. Esc Anna Nery, Rev enferm. v. 12, n. 1, p. 125-9 mar; 2008.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. o processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-11, jan/mar, 2007.

GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M.; conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital público universitário. Semina: ciências biológica e da saúde. Londrina. V. 29, n. 2, p.141-154, jun/dez 2008.

MARTINS, C. A.; MONTEIRO, O. O.; BARBOSA, D. A.; BETTENCOURT, A. R. C.; Prevalência de diabetes mellitus autorreferida entre trabalhadores de enfermagem, Acta Paul Enferm, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 632-9, set/jun, 2010.

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H. qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Mar/out 2008.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S.; formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. Rev Esc enferm USP. V. 43, n. 2, p. 358-64, mar/ago, 2009.

MORAIS, G. F. C.; SOARES, M. G. J. O.; COSTA, M. M. L.; et al. O diabético diante do tratamento, fatores de riscos e complicações crônicas. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro. V. 17, n. 2, p. 240-5, abr/jun, 2009.

OLIVEIRA, G. K. S.; OLIVEIRA, E. R.; assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária de saúde. Rev eletrônica de ciências. V.3, n. 2, jul/dez, 2010.

OTERO, L. M.; ARRELIAS, C. C. A.; LIMA, Y. C. I. et al, seguimentos de pacientes com diabetes mellitus em serviço de atenção básica: parâmetros clínicos e laboratoriais. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro. V. 18, n. 3, p. 423-8 jul/set, 2010.

PALOALTO, M. L. R. aposentadoria e as mudanças de vida das pessoas com diabetes tipo 2. 2007. 156p Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

PEREIRA, W. D.; corpo e significado: percepções de portadores de diabetes mellitus tipo 2. 2006. 151p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A.; TEXEIRA, C. R. S.; et al. Expectativa de mulheres com diabetes em relação a um programa de educação em saúde. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 203-8 abr/jun, 2009.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G.; Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional, R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan/mar, 2007.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C.; a proposta de educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. rev esc enferm USP. São Paulo. V. 44, n. 10, jun, 2010.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev saúde pública. V. 43, n 2, p. 74-82, jul/ago, 2009.

TAVARES, D. M. S.; DRUMOND, F. R.; PEREIRA, G. A.; condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. Texto contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 342-9, abr-jun, 2008.

TEXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L.; o trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. São Paulo, mar/ago, 2006.

TOBIAS, R. F.; DATAITI, M. R. M.; diabetes: dificuldade de adesão ao tratamento, uma experiência adquirida na prática – Estudo de Caso. Faculdade de Atenas, 2008.

VASCONCELLOS, H. C. A.; ARAÚJO, M. F. M.; DAMASCENO, M. M. C.; et al fatores de risco para diabetes tipo 2 entre adolescente, Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 881-7, jun/nov, 2010.

VILARINHO, R. M. F.; LISBOA, M. T. L.; diabetes mellitus: fatores de risco em trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm. Rio de Janeiro. V.23, n. 4, p. 557-61, jul/abr, 2010.

ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; FREITAS, M. C. F.; et al atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes management: relatos de experiência. Rev. brasileira de promoção da saúde. Fortaleza. V. 19, n. 4, p. 253-260, 2006.

## 10. ANEXO

### 10.1 ANEXO 1 – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: \_\_\_\_\_  
Responsável pelo Projeto: \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue: 1) Fui informado, de forma clara e objetiva, que a pesquisa intitulada “Analisar o nível de conhecimento do profissional de enfermagem relacionado a educação permanente na prevenção de complicações do paciente diabético” irá analisar (o conhecimento do profissional de enfermagem); 2) Sei que nesta pesquisa serão realizadas (descrever a metodologia a qual o sujeito da pesquisa será submetido: observações, entrevista, exame, testes, experimentos, etc) (...); 3) Estou ciente que não é obrigatória a minha participação nesta pesquisa, caso me sinta constrangido (a) antes e durante a realização da mesma (explique neste item que isto não implicará prejuízos para com o estado dela na instituição – cancelamento de matrícula, participação em eventos etc); 4) Poderei saber através desta pesquisa (...); 5) Sei que os materiais utilizados para coleta de dados serão armazenados por...; 6) Sei que o pesquisador manterá em caráter confidencial todas as respostas que comprometam a minha privacidade; 7) Receberei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar a minha vontade em continuar dele participando; 8) Estas informações poderão ser obtidas através de (indicar o nome do pesquisador responsável e telefone de contato); 9) Foi-me esclarecido que o resultado da pesquisa somente será divulgado com o objetivo científico, mantendo-se a minha identidade em sigilo. 10) Quaisquer outras informações adicionais que julgar importantes para compreensão do desenvolvimento da pesquisa e de minha participação poderão ser obtidas no Comitê de Ética e Pesquisa.

Declaro, ainda, que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

(Cidade), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

(nome e CPF)

Sujeito \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Pesquisa/Representante \_\_\_\_\_ Legal: \_\_\_\_\_

(nome e CPF)

## 10.2 ANEXO 2 - ASPECTOS ÉTICOS

O estudo está de acordo com os aspectos éticos exigidos pelo CNS 196/96, onde haverá pesquisa de campo do tipo entrevista, onde estará devidamente respaldado pelo termo de consentimento livre e esclarecido, que haverá total sigilo e respeito de vulnerabilidade das partes, bem como será mantido o sigilo perante a instituição, apenas será citado se houver permissão perante termo de autorização pelo conselho de ética. Bem como será encaminhado junto à instituição de ensino do pesquisador para que haja as devidas avaliações de acordo com seu Comitê de Ética Pesquisa em Humanos e Animais, que tem caráter multidisciplinar. Todo o procedimento de avaliação, desde aprovação do projeto será acompanhado com a devida ética necessária, respeitando-se os prazos necessários para que não haja maiores complicações.

## 11. APÊNDICE

### 11.1 APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

#### II-DADOS GERAIS

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

Sim ( ) Não ( )



4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

R: Margarida: Sim, com medicamento, curativo, palestras, quanto a insulina, HGT, não tem.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

R: Margarida: Através de palestra, visita domiciliar para acompanhamento.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

R: Margarida: Dieta, cuidados com os pés, medicação correta.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

R: Margarida: Sim os pacientes cooperam comparecendo sempre nas consultas.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

R: Rosa: Educação em saúde é a luta pela melhoria das condições de vida, é educar as pessoas na promoção, proteção e recuperação da saúde, fazer com que a saúde seja reconhecida para controle social. Auxilia com realizações de palestras educativas, capacitando e orientando na prevenção.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

R: Rosa: Sim, com as orientações que são passada sobre aplicação de insulina, alimentação através de palestra educativas e reuniões de hiperdia.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

R: Rosa: relatou conhecer todas as quais foram citadas

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

R: Rosa: Sim, o profissional da atenção básica ajuda ao portador desta patologia como se cuidar para ter uma vida normal, visando a qualidade de vida.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

R: Rosa: Consulta médica de 3/3 meses, controles de glicemia e outros exames consulta de enfermagem (hiperdia).

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

R: Rosa: Nós damos orientações de como é fácil fazer aplicação de insulina, quando prescrito pelo médico, ensinamos sobre a quantidade da dose prescrita e o rodízio do local da aplicação.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

R: Rosa: Sim, o profissional deve respeitar a religião e opinião de cada cliente.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

R: Orquídea: Educação em saúde é você trabalhar com a informação que vai levar a prevenção, auxiliando através de grupos ou individualmente onde os pacientes passam a conhecer mais a doença e o que eles podem fazer mais para não apresentarem ou retardarem a chegada das complicações.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

R: Orquídea: sim, pois nós trabalhamos com eles constantemente.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

R: Orquídea: retinopatia, neuropatia, problemas microvasculares e macrovasculares

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

R: Orquídea: pode hoje em dia até mais que antigamente pois existe uma lei que obriga o serviço de saúde pública a fornecer a insulina o aparelho e as fita HGT, para todo os pacientes que são insulino dependente então hoje a estrutura está muito melhor.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

R: Orquídea : Atendimento e avaliação com clínico, realização de exames, encaminhamento ao endocrinologista da rede (policlínica) quando necessário, orientações em grupos ou individual sobre a manutenção da saúde.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

R: Orquídea: Acompanhamento com nutricionista, participação em grupos de apoio coordenado pelo psicólogo com palestras sobre a manutenção da saúde com equipe multidisciplinar. (exercícios físico, controle alimentar, cuidados com os pés, uso correto de calçados).

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

R: Orquídea: Sim, Aqueles que são fiéis estão sempre no grupo, a nutrição, a consulta mensal, estão sempre sendo orientado e sempre discutindo as ocorrências.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

R: Bromélia: Educação em Saúde é conscientizar o paciente sobre como ele pode se tratar com relação às feridas, alimentação, medicação pois se torna muito mais fácil quando há uma conscientização e o auto cuidado por parte do paciente.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

R: Bromélia: Funciona, pois há um acompanhamento feito através da visita domiciliar pelos agentes domiciliar.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

R: Bromélia: São inúmeras: Cegueira, dificuldades para andar (problemas na parte óssea) e dificuldade para se cuidar.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

R: Bromélia: Sim, através do programa de HIPERDIA (verificação de peso, PA, e palestras).

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

R: Bromélia: Atendimento médico, administração de insulina, disponibilizamos medicamentos e referencia a outros profissionais quando necessário. Podemos contar com psicólogos, nutricionistas, fioterapeuta, fonoaudiólogo, serviço social.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

R: Bromélia: Visita domiciliar, orientação sobre medicação e autocuidado e acompanhamento médico e exames.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

R: Bromélia: Sim, pois eu procuro agir com humanização de modo que os pacientes se sintam à vontade em me procurar e se abrir sem receio.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

R: Violeta: Educação em saúde é os hábitos alimentares, evitar ter uma vida sedentária, fazer uma caminhada uma boa alimentação tudo isso. Auxilia no controle do sal e o açúcar.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

R: Violeta: Sim, embora seja nova aqui percebi que sim.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

R: Violeta: Cegueira e problemas nos pés e pernas.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

R: Violeta: Sim, pois é feito um acompanhamento contínuo com uma equipe multiprofissional.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

R: Violeta: Nutricionista, psicólogo, enfermeiro e o médico.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

R: Violeta: Evitar sedentarismo, alimentação e atividade física.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

R: Violeta: Com certeza a interação é boa.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

R: Cravo: Educação em saúde é prevenir para não complicar aderindo a dieta, informando ao paciente no auto cuidado.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

R: Cravo: sim, com dificuldade em aderir a dieta.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

R: Cravo: Problemas nos pés e perna e nefropatia.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

R: Cravo: Sim, orientações, medicamento, exames e nutrição.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

R: Cravo: Atendimento com clínico, endocrinologista, nutricionista.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

R: Cravo: orientação relacionado ao cuidado com os pés, orientação sobre a alimentação, orientação e distribuição de medicação.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

R: Cravo: Sim, com medicação, atividade física, mas com a dieta é complicado.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

R: Flor de Lins: Educação em saúde é orientar sobre cuidados com a saúde de forma preventiva, evitando que o problema venha a se agravar.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

R: Flor de Lins: Sim, pois aqui no posto fazemos acompanhamento dos diabéticos.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

R: Flor de Lins: Pé diabético, catarata.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

R: Flor de Lins: Sim, através do programa voltado para os diabéticos.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

R: Flor de Lins: Ele faz visita domiciliar para ver se o paciente realmente está seguindo a risca todas as instruções, o médico também faz está visita e quando eles não pode a gente liga ou faz umas campanhas para vim aqui para orientar eles melhor.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

R: Flor de Lins: Dieta alimentar com acompanhamento da nutricionista, Atividade física, participação com grupo de apoio, tomar as medicações corretamente e não faltar as consultas marcadas para acompanhamento.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

R: Flor de Lins: Sim, Pois no posto ha uma relação muito familiar.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

Azaléia: Educação é quando a gente chama o pessoal para falar sobre diabetes, fala que tem que fazer o tratamento certinho que não pode parar, é isso que a gente faz aqui.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

Azaléia: Sim, por que assim ele tem uma vida mais prolongada,

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

Azaléia: Pé diabético, retinopatia, hipoglicemia, complicações macrovasculares e cetoacidose.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

Azaléia: Pode, sempre que precisa de medicamentos ele vem aqui, a gente só encaminha eles para comprar em outra farmácia quando não chega na nossa farmácia fora isso eles dão a medicação certinha.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

Azaléia: Palestra, visita domiciliar, a gente pede para vim aqui para consultar com o médico, o médico também precisa ver para pegar remédio todo mês certinho só insulina que a gente não distribui aqui a gente faz a receita e encaminha eles para o local aonde eles possam pegar a insulina.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

Azaléia: Dieta, caminhada, medicação.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

Azaléia: Sim, não soube justificar

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

Copo de leite: É orientar sobre os riscos das complicações futura das doenças.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

Copo de leite: sim

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?



Copo de leite: Citou todas e explicou

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

Copo de leite: Sim, através da prevenção, orientação e da entrega de medicamentos.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

Copo de leite: Atendimento com uma equipe multidisciplinar.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

Copo de leite: Dieta, controle do açúcar, importância da atividade física e o uso controlado da medicação.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

Copo de leite: Sim, com maior adesão em idosos e crianças.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

Girasol: Orientação quanto a ir ao posto de saúde da família de sua área para o mesmo assistir palestras, como seguir a dieta, segundo o endócrino e se usar insulina ( como administrar, local certo de aplicação e forma de armazenar).

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

Girasol: Sim

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

Girasol: hiperglicemia, hipoglicemia, cetoacidose, problema nos pés e pernas (tipo gangrena e úlceras), problemas renais crônicos e cegueira devido à retinopatia.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

Girasol: Sim através do programa de diabetes que são oferecido nos postos de saúde

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

Girasol: Encaminhamento a equipe contendo Clínico, Endócrino e nefrologia se houver complicação renal.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

Girasol: Orientando no controle com sua equipe médica de 3/3 meses.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

Girasol: Sim, mais com os adultos.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

Jasmim: Educação em saúde é passar as informações adequadas e necessárias para promoção de saúde e prevenção de doenças.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

Jasmim: Sim, embora a medicação não vem a quantidade certa para o número de cadastrados.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

Jasmim: Hipoglicemia, problema nos pés, nefropatia.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

Jasmim: Sim porque hoje tem o programa de diabetes, que o paciente pode estar buscando apoio para se tratar.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

Jasmim: Nutricionista, psicólogo, Médico, Enfermeiro. (atendimento completo sendo possível tratar no posto e manter sua saúde através do acompanhamento).

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

Jasmim: orientação sobre dieta, como tomar os medicamento, atividade física, como conseguir os medicamentos.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

Jasmim: Sim, pois o enfermeiro tem afinidade com os pacientes.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

Dália: Educação em saúde é treinar e educar a comunidade seja qual for o assunto explicando sobre a doença e suas complicações, fatores de riscos, tratamento.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

Dália: Sim, embora insulina não tem nos postos então temos que referenciar os pacientes para a policlínicas.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

Dália: cegueira, problemas renais e problemas cardíacos.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

Dália: Sim, pois a equipe multidisciplinar auxilia o paciente e sua família na promoção da saúde.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

Dália: Atendimento médico e de enfermagem e quando não podemos fazer algo referenciamos para o endócrino ou nefrologista pois não temos no posto.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

Dália: O enfermeiro atua como educador e orientador através de seus conhecimentos técnicos, palestras, programas e grupos que venham auxiliar o cliente.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

Dália: Sim, pois é importante conhecer cada paciente ate para realizar o atendimento priorizando sua doença.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

Acácia: Educação em saúde é trabalhar através do hiperdia onde é feito uma educação continuada para prevenção de saúde e promoção de doenças onde participa não só quem tem a doença mas sim toda a comunidade para que se conscientize em prevenir as doenças.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

Acácia: Sim, porém a falta de material deixa a desejar no entanto o enfermeiro tem o dom da palavra e não pode deixar de educar o paciente, pois uma vez que ele entende sobre sua doença este ira buscar cuidar da sua saúde.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

Acácia: Pé diabético, retinopatia, cardiopatia, doenças vasculares, nefropatias.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

Acácia: Sim, acho que é a porta de entrada é onde os pacientes tem como recorrer, buscando o enfermeiro para orientar, o médico que faz acompanhamento, nutricionista que ajuda na dieta, os medicamento que quando não tem no posto existe a farmácia popular que os medicamentos para tratar doenças crônicas são mais baratos.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

Acácia: Atendimento médico, enfermagem, Psicólogos, assistente social, ainda os paciente com complicações são referenciados mais ainda assim continuamos a acompanha - lo.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

Acácia: Orientando quanto aos fatores de risco para complicações (medicação, sedentarismo, alimentação, álcool)

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

Acácia: Sim, pois os enfermeiros conhecem todos os cadastrados mesmos aqueles que são cadastrados e não freqüentam o posto.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

Vitória Régia: Educação em saúde é você esta passando o que você tem de conhecimento para a outra pessoa, auxiliando no autocuidado.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

Vitória Régia: funciona através do hiperdia que é realizado no posto, sendo basicamente uma consulta onde é feito IMC, Peso, orientações, tiramos dúvidas.

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

Vitória Régia: Pé diabético, insuficiência renal, problemas de circulação.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

Vitória Régia: com certeza, através das reuniões que temos aqui onde separamos um dia para dar toda a atenção aos diabéticos e hipertensos (HIPERDIA).

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

Vitória Régia: Equipe multiprofissional

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

Vitória Régia: Orientação quanto a alimentação, hábitos saudáveis de vida.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

Vitória Régia: sim, pois a população é muito carente então tudo que você fala que demonstra carinho e cuidado acompanhando sempre as vezes vale mais que um remédio.

1- O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes?

Amor Perfeito: Educar é ensinar ou seja ajudar aos pacientes a entender sua patologia para que percebam a importância de se cuidar prevenindo então as complicações.

2- O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona?

Amor Perfeito: sim, pois aqui eles encontra pessoas disposta a ajudar e a incentivar ao tratamento

3- Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto?

Amor Perfeito: Demonstrou saber todos mas não lembrava os nomes técnicos.

4- O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique.

Amor Perfeito: Sim, quando não podemos atender algo aqui nós os referenciamos para a especialidade que eles precisam, mas os pacientes não ficam sem tratamento, a não ser os rebeldes que só aparecem quando estão grave.

5- Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes?

Amor Perfeito: pode contar com médicos (clínico), enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social.

6- Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes?

Amor Perfeito: orientamos a eles a mudarem seu estilo de vida, com dieta, atividade física e não faltarem ao acompanhamento no posto.

7- A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique.

Amor Perfeito: Sim, porque o povo busca ajuda e muita das vezes e no posto que eles encontram mais atenção pois é o enfermeiro que tem mais contato com o paciente e só saber ter postura de profissional.