

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM 2022
NÍVEL MESTRADO**

CLÁUDIA HELENA LINDENMEYER

**INSTRUMENTO PARA GUIAR O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM VOLTADO AO
ATENDIMENTO DE USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM *DIABETES MELLITUS***

São Leopoldo

2022

CLÁUDIA HELENA LINDENMEYER

**INSTRUMENTO PARA GUIAR O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM VOLTADO AO
ATENDIMENTO DE USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM *DIABETES MELLITUS***

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vania Celina Dezoti Micheletti

São Leopoldo

2022

L744I

Lindenmeyer, Cláudia Helena.

Instrumento para guiar o histórico de enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com diabetes mellitus / Cláudia Helena Lindenmeyer. – 2022.

112 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

“Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vania Celina Dezoti Micheletti.”

1. Diabetes mellitus. 2. Processo de enfermagem.
3. Atenção primária à saúde. 4. Enfermeiro histórico de enfermagem. I. Título.

CDU 614.253.5

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

CLÁUDIA HELENA LINDENMEYER

**INSTRUMENTO PARA GUIAR O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM VOLTADO AO
ATENDIMENTO DE USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM *DIABETES MELLITUS***

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Aprovado em 16 dez. 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Vania Celina Dezoti Micheletti – Orientadora

Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Cezar Leal – Unisinos

Prof.^a Dr.^a Elisangela Argenta Zanatta (UDESC)

AGRADECIMENTOS À CAPES

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

*Aos meus pais, Paulo e Ligia, pelo
exemplo.*

*Aos meus filhos, Matheus e Bárbara, pela
inspiração.*

*Ao meu companheiro de vida, Tyska, pela
alegria, incentivo e amor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Vania Celina Dezoti Micheleti, por me acompanhar nesta caminhada e me apresentar este universo da pesquisa, pelos ensinamentos, pelo carinho, pela dedicação e pela paciência.

Agradeço aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo por tornarem possível este estudo.

Agradeço aos colegas enfermeiros e enfermeiras da Atenção Básica de São Leopoldo pelas contribuições que tanto enriqueceram este trabalho e por todo o carinho, estímulo e apoio.

Agradeço a minha família por estar sempre ao meu lado, me incentivando e apoiando, pela alegria da convivência com eles, pelos sorrisos e por me ajudarem a manter a leveza da alma no dia a dia.

Agradeço aos meus pacientes que trouxeram inquietações a minha jornada profissional e me fizeram repensar as práticas do cuidado.

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por me acompanhar em todos os momentos.

RESUMO

O *Diabetes Mellitus* (DM) é considerado um dos maiores problemas de saúde pública do nosso século. É uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência em todo o mundo e com taxas de mortalidade crescentes. Neste sentido, a Consulta do Enfermeiro como atividade privativa do enfermeiro pode ser considerada fundamental na identificação de problemas de saúde, na realização do diagnóstico precoce e no planejamento do cuidado, nas intervenções em saúde e na avaliação da resolutividade do tratamento de cada paciente. Por meio desta prática, o profissional enfermeiro pode também realizar ações de prevenção, promoção e educação em saúde na perspectiva da integralidade do cuidado. Objetivou-se construir um instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários convivendo com *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de São Leopoldo/RS. Propôs-se pesquisa metodológica que contemplou três etapas. Na primeira etapa: a) descrição da rede de saúde do município de São Leopoldo; b) estudo transversal, vinculado ao Projeto de Pesquisa, aprovado pelo CNPq edital 27/20 e coordenado pelo Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS; c) grupo focal junto às enfermeiras da Atenção Primária à Saúde; e d) pesquisa documental. Segunda etapa: construção de um instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com *Diabetes Mellitus*. Terceira etapa: validação do instrumento. Constatou-se que a rede de em São Leopoldo apresenta uma cobertura de 41,62% da população. Nessa rede, foram pesquisados 4.601 prontuários de usuários que convivem com doenças crônicas, como Hipertensão, *Diabetes Mellitus* e obesidade. Destes, 36,2% apresentaram diagnóstico para *Diabetes Mellitus*. Foi realizado grupo focal com seis enfermeiras da rede de Atenção Primária à Saúde do município e, após análise das falas, identificou-se duas categorias: potências na assistência aos usuários que convivem com *Diabetes Mellitus* e desafios na assistência aos usuários que convivem com *Diabetes Mellitus*, além de cinco subcategorias. A partir dos resultados da primeira etapa, foi elaborado e validado o produto do estudo: instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com *Diabetes Mellitus*, promovendo a implantação do Processo de Enfermagem. Discutiu-se que o cuidado ao usuário com

Diabetes Mellitus representa um grande desafio para os profissionais de saúde, sobretudo para os enfermeiros. Neste sentido, a construção e validação do instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem poderá qualificar o cuidado a este usuário, com foco na melhora à adesão ao tratamento, na prevenção da agudização da doença e na diminuição e prevenção de sequelas, podendo ainda resultar na melhora da qualidade de vida desta população. O produto desta pesquisa, instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem, poderá qualificar a consulta do Enfermeiro na perspectiva de viabilizar o registro dos aspectos necessários a serem abordados na consulta, bem como planificar as ações dos profissionais no cuidado ao usuário com *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus*; processo de enfermagem; atenção primária à saúde; enfermeiro histórico de enfermagem.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is considered one of the biggest public health problems of our century. It is one of the most prevalent non-communicable chronic diseases worldwide and with increasing mortality rates. In this sense, the Nurse's Consultation as a private activity of the nurse can be considered fundamental in identifying health problems, in carrying out an early diagnosis and in planning care, in health interventions and in the evaluation of the resolution of each patient's treatment. Through this practice, the professional nurse can also carry out prevention, promotion and health education actions from the perspective of comprehensive care. The objective was to build an instrument to guide the completion of the Nursing History aimed at the care of users living with Diabetes Mellitus in Primary Health Care (PHC) in the city of São Leopoldo/RS. A methodological research was proposed that includes three stages. In the first stage: a) description of the health network in the municipality of São Leopoldo; b) cross-sectional study, linked to the Research Project, approved by CNPq edict 27/20 and coordinated by the Graduate Program of the Professional Master's Degree in Nursing, at the University of Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS; c) focus group with Primary Health Care nurses; and d) documentary research. Second stage: construction of an instrument to guide the elaboration of the Nursing History aimed at users who live with Diabetes Mellitus. Third step: validation of the instrument. It was found that the network in São Leopoldo has a coverage of 41.62% of the population. In this network, 4,601 medical records of users who live with chronic diseases, such as Hypertension, Diabetes Mellitus and obesity, were researched. Of these, 36.2% were diagnosed with Diabetes Mellitus. A focus group was carried out with six nurses from the Primary Health Care network in the municipality and, after analyzing the speeches, two categories were identified: strengths in the assistance to users who live with Diabetes Mellitus and challenges in the assistance to users who live with Diabetes Mellitus, plus five subcategories. From the results of the first stage, the product of the study was elaborated and validated: an instrument to guide the elaboration of the Nursing History aimed at the care of users who live with Diabetes Mellitus, promoting the implementation of the Nursing Process. It was discussed that care for users with Diabetes Mellitus represents a major challenge for health professionals, especially for nurses. In this sense, the construction and validation of the instrument to guide the Nursing History will be able to qualify the care for this user,

focusing on improving adherence to treatment, preventing the exacerbation of the disease and reducing and preventing sequelae, which may also result in the improve the quality of life of this population. The product of this research, an instrument to guide the Nursing History, will be able to qualify the Nurse's consultation in the perspective of enabling the recording of the necessary aspects to be addressed in the consultation, as well as planning the actions of professionals in the care of the user with Diabetes Mellitus in the Attention Primary to Health.

Keywords: Diabetes Mellitus; nursing process; primary health care; nursing history nurse.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Pirâmide de Risco	34
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Prevalência de morbidades HAS, DM e Obesidade em usuários da rede de Atenção Primária à Saúde em São Leopoldo/RS entre os anos de 2018 e 2021. n= 4.601	54
Gráfico 2 – Faixa etária de usuários que convivem com DM maiores de 18 anos da rede de Atenção Primária à Saúde em São Leopoldo/RS entre os anos de 2018 e 2021. n= 1255	55
Gráfico 3 – Informação referente ao gênero dos usuários maiores de 18 anos com DM da rede de Atenção Primária à Saúde em São Leopoldo/RS entre os anos de 2018 e 2021. n= 1255	55
Gráfico 4 – Grau de escolaridade dos usuários maiores de 18 anos com DM da rede de Atenção Primária à Saúde em São Leopoldo/RS entre os anos de 2018 e 2021. n= 1255	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias e subcategorias.....	57
Quadro 2 – Informações sobre locais de conteúdo e observações importantes levantadas na pesquisa documental	65
Quadro 3 – Índice de concordância dos juízes sobre os Objetivos do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo	83
Quadro 4 – Índice de concordância dos juízes sobre Estrutura e Apresentação para validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo	84
Quadro 5 – Índice de concordância dos juízes sobre Relevância para validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo	85
Quadro 6 – Resultado do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos Domínios do instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem	86
Quadro 7 – Comentários adicionais dos juízes experts no processo de validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo	87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ACE	Agente de Combate às Endemias
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS ij	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CAD	Cetoacidose Diabética
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN/RS	Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DMG	<i>Diabetes Mellitus Gestacional</i>
DM1	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 1
DM1A	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 1A
DM1B	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 1B
DM2	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2
EPS	Educação Permanente em Saúde
EMAD	Equipe Municipal de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FID	Federação Internacional de Diabetes
HGT	Hemoglicoteste
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HLA	<i>Human Leucocyte Antigen</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
ISPAD	<i>International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes</i>
LDO	Lei das Diretrizes Orçamentarias
LO	Lei Orçamentaria
LDL	<i>Low-density lipoprotein</i>
MCC	Modelo de Cuidado de Crônicas

MPR	Modelo Pirâmide de Risco
MACC	Modelos de Atenção às Condições Crônicas
NBR	Normas Brasileiras de Regulação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PPP	Plano Plurianual
PMSL	Prefeitura Municipal de São Leopoldo
PA	Pressão Arterial
PE	Processo de Enfermagem
PMCT	Programa Municipal de Combate à Tuberculose
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SAE	Serviço de Atenção Especializado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIDPA	Sociedade Internacional de Diabetes Pediátrica e Adolescente
SSPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
NHB	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
TE	Teorias de Enfermagem
UA	Unidade de Acolhimento
UDM	Unidade Dispensadora de Medicação
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	OBJETIVOS	20
1.1.1	Objetivo geral	20
1.1.2	Objetivos específicos	20
1.2	JUSTIFICATIVA	20
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1	EPIDEMIOLOGIA.....	24
2.2	FISIOPATOLOGIA DO <i>DIABETES MELLITUS</i>	25
2.3	TRATAMENTO DO <i>DIABETES MELLITUS</i>	28
2.4	<i>DIABETES MELLITUS</i> NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
2.5	O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	34
2.6	TEORIA DE WANDA HORTA	37
3	MÉTODO	39
3.1	ETAPAS DO ESTUDO	40
3.1.1	Primeira Etapa – Desenvolvimento	40
3.1.2	Segunda Etapa – Validação do instrumento	44
4	RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA	47
4.1	DESCRIÇÃO DA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO.....	47
4.1.1	Atenção Primária à Saúde	47
4.1.2	Atenção Secundária	48
4.1.2.1	Centro Médico Capilé	48
4.1.2.2	Centro de Saúde Feitoria	49
4.1.2.3	Serviço de Atendimento Especializado a Pessoas com HIV/AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose e Hepatites Virais (SAE).....	49
4.1.2.4	Programa Municipal de Prevenção e Controle da Tuberculose (PMCT) ..	49
4.1.2.5	Atenção Psicossocial Especializada.....	50
4.1.2.6	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	50
4.1.2.7	Unidade de Pronto Atendimento – UPA Zona Norte	51
4.1.2.8	Centro de Vigilância em Saúde	51

4.1.2.9	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)	52
4.1.2.10	Assistência Farmacêutica	53
4.2	IDENTIFICAÇÃO, QUANTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM DM DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SÃO LEOPOLDO	54
4.3	IDENTIFICAÇÃO, JUNTO ÀS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, SOBRE COMO É FEITA A ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM DM	56
4.3.1	Categoria 1 – Potências na assistência aos usuários que convivem com DM	58
4.3.1.1	Acolhimento ao usuário na sua integralidade	58
4.3.1.2	Trabalho do ACS no atendimento ao usuário com DM	58
4.3.2	Categoria 2 - Desafios na assistência aos usuários que convivem DM	59
4.3.2.1	Equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado	59
4.3.2.2	Adesão ao tratamento	61
4.3.2.3	Consultas, processo e histórico de enfermagem	63
4.4	REALIZAÇÃO DE PESQUISA DOCUMENTAL PARA EMBASAR A ELABORAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM COMO PARTE CONSTITUINTE DO PE	64
4.5	CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA GUIAR A ELABORAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM VOLTADO AO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM DM PROMOVENDO A IMPLANTAÇÃO DO PE	66
5	DISCUSSÃO DA PRIMEIRA ETAPA	75
6	RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA – Validação	83
7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	88
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	102
	APÊNDICE A – FICHA PARA COLETA DE DADOS	103
	APÊNDICE B – E-MAIL DE CONVITE PARA PARTICIPAR DO GRUPO FOCAL	105

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	106
APÊNDICE D – QUESTÕES DISPARADORAS PARA O GRUPO FOCAL	107
APÊNDICE E – FORMULÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO PARA GUIAR A ELABORAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.....	108
APÊNDICE F – CONVITE PARA PARTICIPAR DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO PARA GUIAR O PREENCHIMENTO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	110
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
APÊNDICE H – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA A UTILIZAÇÃO DE DADOS	112

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo está vinculado ao Projeto de Pesquisa “Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de *Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul”, aprovado pelo CNPq edital 27/20 e inserido na Linha de pesquisa “Educação em Saúde” do Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Vania Celina Dezoti Micheletti.

O *Diabetes Mellitus* (DM) é considerado um dos maiores problemas de saúde pública do século XXI, sendo uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência em todo o mundo. No ano de 2015, o número de pessoas que convivem com DM representava uma população de 415 milhões de pessoas, o que correspondia a uma taxa de prevalência de 8,8%, ao passo que, no ano de 2000, essa população era de 151 milhões de pessoas. As taxas de mortalidade da doença são crescentes e o DM gera um alto custo para a economia das instituições, para os países e para os indivíduos e suas famílias (BORGES; LACERDA, 2018).

De acordo com as orientações da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022), o DM representa um problema mundial e de crescente evolução nos países, tanto os desenvolvidos quanto os em desenvolvimento. A Federação Internacional de Diabetes (IDF) avaliou que, no mundo, no ano de 2017, aproximadamente 8,8% da população na faixa etária de 20 a 79 anos possuía diagnóstico de DM, e projeta que o número de pacientes diabéticos será de aproximadamente 628,6 milhões de pessoas no ano de 2045.

Os estudos de Brehmer (2021) consideram que os indivíduos com DM necessitam continuamente de gerenciar a si próprios no que se refere à organização de seu estilo de vida e à adaptação à doença, isso por ser o DM uma condição crônica de saúde. Refere ainda que, como essa condição de saúde não é estática, ela necessita de um processo de transformação constante, que envolve conhecimento maior de si próprio e das maneiras mais adequadas de lidar com a doença. Esse processo, que Brehmer chama de aceitação-controle da doença, melhora a adesão ao tratamento e fortalece a autonomia e qualidade de vida do paciente.

O DM no mundo constitui um sério problema de saúde pública, cujas previsões vêm sendo superadas a cada nova triagem. No ano de 2000, a estimativa mundial de

adultos vivendo com diabetes era de aproximadamente 151 milhões. Já no ano de 2009, este percentual passou para 88%, que correspondia a 285 milhões. Para 2025, calcula-se que 9,3% dos adultos com idades entre 20 e 79 anos, o que corresponde a 463 milhões de pessoas, viverão com DM (BVSM, 2022).

Os estudos também demonstram que, no ano de 2017, aproximadamente 79% das pessoas com DM viviam em países em desenvolvimento. Dentre os fatores relacionados ao aumento da prevalência do DM, podemos citar a urbanização, as mudanças nutricionais, a adoção de um estilo de vida sedentário, o sobrepeso, a maior expectativa de vida da população, o crescimento populacional e o aumento da sobrevida dos pacientes com DM (SBD, 2019).

Neste sentido, a consulta do enfermeiro como atividade assistencial e privativa do enfermeiro, desde que foi regulamentada na década de 80, pode ser considerada fundamental na APS. Por meio dela, o enfermeiro pode identificar problemas de saúde e realizar diagnóstico, planejamento do cuidado, intervenções e avaliação da resolutividade de cada paciente. Por meio desta prática, pode também realizar ações preventivas e educativas e, por esta razão, pode ser considerada um importante instrumento tecnológico para a integralidade do cuidado (CRIVELARO *et al.*, 2020).

A consulta do enfermeiro constitui a forma pela qual o Processo de Enfermagem (PE) é efetivado. Conforme os estudos de Tannure (2017), o PE é considerado uma ferramenta por meio da qual as teorias de enfermagem podem ser aplicadas à prática assistencial. Além disso, o PE pode fornecer estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica e menos intuitiva.

Os estudos de Gomes (2018) orientam que uma instituição aberta a reconhecer as fragilidades não só dos enfermeiros, mas de toda a equipe de enfermagem, pode favorecer a viabilização do planejamento das ações baseadas nas necessidades apontadas por estes profissionais.

O enfermeiro deve considerar todas as dimensões do indivíduo na prática do cuidado e deve utilizar o PE como método validado cientificamente para planejar o cuidado ao paciente (SERRA, 2020).

Neste sentido, a criação de um instrumento que viabilize guiar a realização do Histórico de Enfermagem nas consultas ao usuário com DM pode contribuir com a organização da operacionalização das práticas do cuidado.

Diante do exposto, o presente estudo tem, como questão de pesquisa, o desenvolvimento de um instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem voltado a usuários que convivem com *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária do município de São Leopoldo, no Rio Grande do Sul.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Construir um instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária à Saúde do município de São Leopoldo/RS.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever a rede de saúde do município de São Leopoldo/Rio Grande do Sul;
- b) Identificar e quantificar os usuários que convivem com *Diabetes Mellitus* no município de São Leopoldo/ Rio Grande do Sul e acessam a Atenção Primária;
- c) Descrever o perfil sociodemográfico dos usuários da Atenção Primária à Saúde que convivem com *Diabetes Mellitus* no município de São Leopoldo/Rio Grande do Sul;
- d) Identificar, junto às enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde, como é conduzida a assistência aos usuários que convivem *Diabetes Mellitus*;
- e) Realizar pesquisa documental para embasar a elaboração do Histórico de Enfermagem;
- f) Validar o instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem.

1.2 JUSTIFICATIVA

O DM é uma doença crônica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue. Sua etiologia parte da deficiência e/ou restrição na produção do hormônio insulina. Para um efetivo tratamento, se faz necessário que o indivíduo tenha conhecimento da sua atual condição de saúde e, a partir disso, possa refletir e

modificar hábitos considerados inadequados para manutenção da glicemia, aderindo a ações preventivas e protetoras da saúde (SANTOS, 2020).

A hipertensão e o tabagismo constituem, respectivamente, a primeira e segunda maiores causas de mortalidade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo a glicemia elevada a terceira maior causa de morte prematura. No entanto, os gestores ainda não dão a devida importância ao tema do DM e suas complicações (SBD, 2019).

Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), indivíduos que não controlam o DM ou não o tratam desenvolvem mais complicações do que aqueles que o tratam. Não há estudos suficientes para evidenciar o quanto as complicações são decorrentes da hiperglicemia ou causadas pelas condições adjacentes, como deficiência na produção de insulina, excesso de hormônio glucagon, mudanças da osmolaridade, glicação de proteínas ou, ainda, alterações do metabolismo dos lipídios ou da pressão arterial.

Segundo Santos (2020), a mudança de comportamento é decisiva para definir uma efetiva adesão ao tratamento proposto e está relacionada à realização de atividades físicas, adoção de alimentação adequada e, especialmente, promoção do autocuidado. A adesão pode ser considerada satisfatória quando o indivíduo assume a responsabilidade sobre o seu tratamento e sobre o manejo da sua condição de saúde, tornando-se um ser emancipado e capaz de modular comportamentos. A adesão sofre influência de diversos fatores, sendo um deles o conhecimento que a pessoa possui sobre a doença e o tratamento.

De acordo com as diretrizes da SBD (2019), prevenção significa uma atenção à saúde eficaz, podendo se dar de três formas: prevenção primária, que tem, por objetivo, prevenir o indivíduo de desenvolver o diabetes; prevenção secundária, a prevenção de suas complicações agudas e crônicas; e, por último, prevenção terciária, caracterizada pela reabilitação e limitação das incapacidades causadas pelas complicações do DM.

A pesquisadora, que é trabalhadora da Rede Municipal de Saúde no município desde 2007 e gestora, atuou como Diretora de Enfermagem no gerenciamento das equipes de enfermagem e como Responsável Técnica junto ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN/RS, onde percebeu o grande desafio que representam para a equipe de enfermagem o atendimento e a prestação de cuidados aos usuários que convivem com doença crônica, especialmente aqueles com DM. Ainda, com a

experiência profissional junto ao atendimento na urgência e na emergência do hospital do município, foi possível observar as potências e as fragilidades dessa rede de cuidados quando se verifica que os usuários buscam atendimentos nas portas de urgência já com sequelas e crises hipoglicêmicas, o que evidencia as falhas, em alguns pontos da rede, no cuidado a esse usuário.

Neste sentido, como mestranda bolsista do acordo de parceria firmado por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos e a Prefeitura Municipal de São Leopoldo – Secretaria Municipal de Saúde e enquanto integrante do projeto “Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de *Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul”, aprovado pelo CNPq edital 27/20, vinculado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem – UNISINOS e coordenado pela Prof.^a Dr.^a Vania Celina Dezoti Micheletti, busquei identificar um tema que pudesse contribuir de maneira efetiva com a assistência aos usuários do município de São Leopoldo para poder auxiliar no fortalecimento da rede de cuidados e ainda oferecer subsídios à qualificação da assistência de enfermagem. Neste interim, posso também salientar o momento pandêmico, que impactou e potencializou os agravos, sobretudo aos usuários que convivem com doenças crônicas não transmissíveis.

Nessa perspectiva, de acordo com a Resolução do COFEN N.º 358, de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem a implementação do PE e deve ser realizado em todos os ambientes em que ocorre o cuidado de enfermagem.

O PE constitui uma exigência para todas as instituições de saúde públicas e privadas e pode contribuir para qualificar a assistência de enfermagem aos usuários (COFEN, 2009). Neste sentido, sobretudo em relação ao usuário com DM, o PE pode viabilizar o diagnóstico precoce da doença, a efetiva adesão ao tratamento e a prevenção de sequelas. A implantação do PE, além de constituir uma exigência do COFEN, pode promover a melhora da qualidade de vida dos usuários (COFEN, 2009).

De acordo a resolução COFEN N.º 358/2009, bem como os estudos de Tannure (2017), o PE é descrito por cinco etapas ou fases: a) Histórico de Enfermagem; b) Diagnóstico de Enfermagem; c) Planejamento de Enfermagem; d) Implementação; e e) Avaliação de Enfermagem. Das cinco etapas descritas pelo autor, destaca-se a

primeira delas, denominada de **Histórico de Enfermagem ou Coleta de Dados de Enfermagem**, que é de fundamental importância para determinar as necessidades de saúde do paciente. É nessa etapa que são realizados a anamnese e o exame físico e investigadas as condições de saúde do indivíduo, da família e da comunidade na sua integralidade. Nessa etapa, são colhidas, também, informações importantes para a saúde e adesão ao tratamento, como resultados de exames e presença de sequelas. Essa etapa é necessária e fundamental para garantir a continuidade das demais. Para qualificar e aprofundar os resultados obtidos, podem ser elaborados instrumentos que facilitem a organização e o agrupamento dos dados.

Além disso, como ainda não se tem conhecimento acerca dos números exatos dos pacientes, bem como dos locais onde eles estão sendo atendidos e a qualidade dos cuidados que recebem no município, entende-se a importância deste estudo. De acordo com Boavida (2019), vários estudos confirmam que a expansão epidêmica do diabetes somente poderá ser combatida com uma intervenção fundamentada na prevenção primária.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a fundamentação teórica, serão apresentados os seguintes temas: 1) Epidemiologia; 2) Fisiopatologia do *Diabetes Mellitus*; 3) Tratamento do *Diabetes Mellitus*; 4) *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária; 5) Processo de Enfermagem na Atenção Primária; e 6) Teoria de Wanda Horta.

2.1 EPIDEMIOLOGIA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as causadoras de 63% das mortes no planeta. Desse grande grupo, fazem parte as doenças respiratórias crônicas, do aparelho circulatório, diabetes e câncer. O Diabetes se caracteriza por ser a doença mais prevalente. Na população global, o DM está presente em 18,6% das pessoas entre 60 e 79 anos, e está estimado que, no ano de 2035, esse percentual passará para 35%. A previsão é de que, até o ano de 2030, o número total de pessoas no mundo com DM ultrapassará 380 milhões, representando um aumento de 122% em comparação ao número de pessoas com DM no ano 2000 (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

No ano de 2014, o Brasil gastou com as complicações do DM aproximadamente 612 milhões de reais, e a doença representou 5,2% das causas de morte nesse mesmo ano. Dentre as principais causas de internação por DM, pode-se citar insuficiência renal, amputações, cegueira e doença cardiovascular, além de agravos decorrentes de períodos prolongados de internações hospitalares, como úlceras por pressão, infecções hospitalares, piora da condição respiratória e outras incapacidades (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

As diferenças regionais no Brasil podem impactar fortemente no cuidado e manejo do DM. A região Nordeste apresenta maior prevalência dos casos, o que pode ser atribuído aos baixos índices de escolaridade e maior razão de desigualdade, seguida das regiões Norte, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Nas regiões Norte e Nordeste, os idosos com menor escolaridade fazem consultas regulares com menor frequência em comparação com outras regiões do Brasil, além de terem uma pior percepção de seu estado de saúde. Um melhor índice de escolaridade pode se caracterizar como facilitador para a compreensão de processo saúde-doença,

cuidados, aceitação, adesão a bons hábitos alimentares e administração de medicamentos (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

Dias-da-Costa *et al.* (2020) também associaram o DM à situação econômica desfavorável, o que reforça a necessidade de realização de ações em saúde e construção de políticas públicas com objetivo de diminuir a pobreza e garantir melhores condições de vida com hábitos saudáveis, em especial às pessoas com mais de 50 anos. Os autores sugerem, também, ações para redução do consumo de tabaco, álcool e sal, maior conscientização sobre necessidade de adoção de estilo de vida saudável e aumento da carga tributária a produtos prejudiciais à saúde.

Avila *et al.* (2020) referem que, no estado do Rio Grande do Sul, a frequência do DM é de sete para cada 100 habitantes, enquanto a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) aponta para 7,7% no ano de 2018 (BRASIL, 2022). Algumas macrorregiões, como Sul, Serra, Metropolitana e Centro-Oeste, tem prevalências abaixo da média do RS, enquanto as macrorregiões dos Vales, Norte e Missioneira estão com os índices acima dos estaduais. (AVILA *et al.* 2020)

Em estudo sobre prevalência de DM autorreferido em mulheres em São Leopoldo no ano de 2015, identificou-se que a prevalência de DM foi maior em mulheres idosas, pobres e que não trabalhavam, e a doença mostrou-se associada a outras comorbidades, como obesidade, hipertensão arterial, transtornos mentais comuns e dislipidemia. Da mesma forma, foi observada associação do DM ao aumento da idade, o que se dá em razão da diminuição da sensibilidade à insulina após os 50 anos (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2020).

O estudo de Ávila *et al.* (2020) indica a necessidade de realização de mais pesquisas sobre o tema do DM com intuito de identificar as causas de sua prevalência nas populações, assim como planejamento de ações em saúde com objetivo de diminuir a prevalência do DM e adoção de estratégias de prevenção para melhorar a qualidade e expectativa de vida das pessoas.

2.2 FISIOPATOLOGIA DO *DIABETES MELLITUS*

De acordo com Ferreira (2011), o termo *Diabetes Mellitus* (DM) descreve uma desordem metabólica de múltipla etiologia que se caracteriza por hiperglicemia crônica decorrente de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina, resultando em

resistência insulínica. As altas doses de glicose no sangue levam ao desenvolvimento de degenerações crônicas associadas à falência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos.

Para definição de *Diabetes Mellitus*, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2022) utiliza os seguintes critérios: glicose em jejum superior ou igual a 126mg/dL, 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose superior ou igual a 200 mg/dL, glicose ao acaso superior ou igual a 200 mg/dL com sintomas de hiperglicemia ou hemoglobina glicada (HbA1c) superior ou igual a 6,5%. A positividade de qualquer um dos parâmetros confirma o diagnóstico de DM. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes. O jejum é considerado a cessação de ingestão calórica por período maior ou igual a oito horas.

Para definição de pré-diabetes, os critérios são os descritos a seguir: glicose em jejum de 100 a 125 mg/dL, 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose de 100 a 125 mg/dL, glicose ao acaso superior ou igual a 200 mg/dL com sintomas de hiperglicemia ou hemoglobina glicada (HbA1c) de 5,7 a 6,4%. O jejum é considerado a cessação de ingestão calórica por período maior ou igual a oito horas (SBD 2022).

A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. O DM é classificado conforme as suas causas e origem, que podem ser de ordem genética, biológica ou ambiental. Pode ser classificado, de acordo com diretrizes da SBD (2022), conforme descrição a seguir.

O DM tipo 1 é caracterizado por ser uma doença autoimune, poligênica e decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa da produção de insulina. Mais de 88 mil brasileiros possuem DM1, e o Brasil ocupa o terceiro lugar em prevalência de DM1 no mundo. É mais frequentemente diagnosticado em crianças, adolescentes e, em alguns casos, em adultos jovens, afetando igualmente homens e mulheres. Conforme Souza (2020), a cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação do DM1, causada pela deficiência de insulina, e se constitui como a principal causa de morbimortalidade em crianças. A Sociedade Internacional de Diabetes Pediátrica e Adolescente (*International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes*, ISPAD) definiu os seguintes critérios diagnósticos para CAD: glicemia acima de 200 mg/dL, acidose metabólica (pH venoso abaixo de 7,30 ou bicarbonato sérico abaixo de 15 mEq/L) e cetose (cetonemia ou cetonúria). A DM1

é subdividida em tipos 1A e 1B, a depender da presença ou da ausência laboratorial de autoanticorpos circulantes, respectivamente (SBD, 2022).

O DM tipo 1A é a forma mais frequente de DM1, confirmada pela presença de um ou mais autoanticorpos. Em diferentes populações, descreve-se forte associação com antígeno leucocitário humano (*human leukocyte antigen*, HLA) DR3 e DR4. Embora sua fisiopatologia não seja totalmente conhecida, envolve, além da predisposição genética, fatores ambientais que desencadeiam a resposta autoimune. Entre as principais exposições ambientais associadas ao DM1 estão infecções virais, componentes dietéticos e certas composições da microbiota intestinal (SBD, 2022).

O DM tipo 1B ou idiopático é atribuído aos casos de DM1 nos quais os autoanticorpos não são detectáveis na circulação. Este subtipo pode ser confundido com outras formas de DM diante da ausência dos autoanticorpos circulantes. As recomendações terapêuticas são as mesmas do DM tipo 1A e não há estudos sobre riscos distintos para as complicações crônicas entre os subtipos (SBD, 2022).

O DM tipo 2 corresponde a cerca de 90% a 95% de todos os casos de DM. Sua etiologia, complexa e multifatorial, envolve componentes genéticos e ambientais. Na maioria das vezes, acomete indivíduos acima de 40 anos de idade, embora possa ocorrer em crianças e jovens. É uma doença com forte herança familiar e ainda não completamente esclarecida. Os fatores ambientais, como hábitos alimentares e inatividade física, têm contribuição significativa para o desenvolvimento da doença (SBD, 2022).

A hiperglicemia constante ocorre concomitantemente a várias alterações do metabolismo, como a hiperglucagonemia, caracterizada pelo aumento do hormônio glucagon no sangue, resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento de lipólise e consequente aumento de ácidos graxos livres circulantes, aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pela célula β pancreática. Aproximadamente, cerca de 80% a 90% dos casos de DM2 estão associados ao sobrepeso e, na maioria das vezes, se apresentam assintomáticos. O diagnóstico, em grande parte das vezes, é realizado por meio de exames laboratoriais de rotina ou da manifestação das complicações crônicas. O envelhecimento da população e as mudanças no estilo de vida das pessoas são considerados os principais fatores para o aumento da sua frequência (SBD, 2022).

DM gestacional traz riscos tanto para a gestante quanto para o bebê, e, geralmente, é diagnosticado no segundo ou terceiro trimestre de gestação. Pode ser transitório ou persistir após o parto, o que o torna um fator de risco importante para desenvolvimento futuro de DM2. A gestação pode ser considerada uma condição diabetogênica por sua natureza, pois a placenta produz hormônios hiperglicemiantes e enzimas placentárias que degradam a insulina, causando um aumento das taxas de glicose no sangue (SBD, 2022).

Há também outras formas menos comuns de DM, como defeitos genéticos que resultam na disfunção das células β do pâncreas, que são as células que sintetizam a insulina, defeitos genéticos na ação da insulina e, ainda, doenças do pâncreas exócrino. A apresentação clínica pode variar bastante, dependendo da alteração de base que provocou o distúrbio do metabolismo da glicose (GUYTON; HALL, 2017).

2.3 TRATAMENTO DO *DIABETES MELLITUS*

Conforme Andrade *et al.* (2016), as principais estratégias para o controle do DM se baseiam em três pilares: exercício físico, alimentação saudável e medicamentos. Após avaliação dos efeitos de um programa de exercício físico aeróbico (caminhada com intensidade moderada) sobre a glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada e *clearance* de creatinina de pessoas com DM2, esses mesmos autores concluíram que os exercícios físicos promoveram redução significativa na glicemia pós-prandial, na hemoglobina glicada e na *clearance* de creatinina.

Campos e Lobo (2020) enfatizam que a abordagem nutricional com baixos teores de carboidratos e altos teores de outros macronutrientes, como gorduras e proteínas, podem garantir melhor controle tanto do DM tipo 1 quanto do tipo 2 sem apresentar efeitos adversos. Essas intervenções indicam melhora nos parâmetros glicêmicos que podem acarretar redução das doses de insulina e das medicações e são capazes de prevenir as complicações crônicas do DM.

Além dos tratamentos convencionais que buscam o controle glicêmico, como dieta, exercícios físicos e medicamentos, as práticas integrativas e complementares são modalidades terapêuticas que têm apresentado adeptos. Cuenca-Villalobos (2020) evidenciou que pacientes com DM utilizam tratamentos não convencionais para seu tratamento geral, o que, na maioria das vezes, não são indicados pelo

profissional médico, embora não tenham sido relatados efeitos adversos. Dentre todas, as práticas mais utilizadas são a acupuntura e a fitoterapia. Nessa modalidade, a planta mais utilizada é a *Costus igneus*, tendo sido evidenciados seus efeitos hipoglicêmicos. Todavia, este fitoterápico não consta descrito no Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 2020).

A revisão sistemática com metanálise que avaliou os efeitos de acupuntura, eletroacupuntura e acupressão sobre o controle glicêmico de pessoas com DM2 identificou que os ensaios analisados na revisão de Chen *et al.* (2019) relataram resultados sobre glicemia de jejum, glicemia duas horas depois de um teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicosilada e eventos adversos. Os resultados mostraram que a acupuntura associada ao cuidado usual pode melhorar o controle glicêmico (SILVA *et al.*, 2020).

No que se refere ao tratamento medicamentoso do DM, os hipoglicemiantes orais são medicamentos de primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2 que não responde a medidas não farmacológicas isoladas, como dieta alimentar e prática de atividade física, pois possibilitam reduzir as complicações. São medicações bem aceitas pelos pacientes, podem reduzir os agravos da doença, são fáceis para o médico prescrever e não acarretam aumento de peso se comparados à insulina (BRASIL, 2013).

Já para o tratamento do DM1, além dos medicamentos e da terapia não farmacológica, é necessária a administração de insulina subcutânea, geralmente prescrita de três a quatro vezes ao dia, com esquemas que variam conforme a taxa glicêmica capilar do usuário, que é verificada, geralmente, de três a quatro vezes ao dia (BRASIL, 2013).

A administração de insulina deve ser realizada por via subcutânea no tecido adiposo dos braços, abdômen, coxas e nádegas. As insulinas com velocidade de absorção intermediária ou lenta são utilizadas para corrigir a hiperglicemia de jejum; já para corrigir hiperglicemia que irá ocorrer após a refeição, a insulina de curta ou rápida ação é a indicada (SBD, 2022).

Os usuários podem ter acesso a medicações e insulina por meio do programa federal chamado “Aqui Tem Farmácia Popular”, instituído por meio da Portaria N.º 111, de 29 de janeiro de 2016, que passou a vigorar a partir de 12/02/2016. Esse programa disponibiliza à população medicamentos para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma, além de

fornecer anticoncepcionais e fraldas geriátricas, e tem como objetivo proporcionar à população a aquisição de medicamentos e insumos essenciais a baixo custo ou mesmo gratuitamente. Os medicamentos disponíveis no programa para tratamento do DM correspondem a Glibenclamida 5mg, Cloridrato de Metformina 500mg, Cloridrato de Metformina 850mg, Cloridrato de Metformina 500 mg de ação prolongada e Insulina Humana NPH 100UI/ml (BRASIL, 2016).

De acordo com Rubira (2021), em estudo com diabéticos acompanhados em um centro especializado de um hospital no município de Rio Grande/RS, foi identificado que a percepção dos pacientes com DM não correspondia com as práticas cotidianas, pois, apesar de referirem que realizavam positivamente seu autocuidado, faziam escolhas alimentares inadequadas para a patologia, realizavam atividade física de maneira infrequente, não administravam corretamente as medicações prescritas e apresentavam dificuldades no controle da glicose e cuidados com os pés.

Para melhorar a adesão ao tratamento, os pacientes com DM necessitam de maior engajamento e conscientização sobre cuidados com a saúde e a necessidade de realizar mudanças no estilo de vida. Os profissionais da saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, podem contribuir de maneira efetiva nos processos de educação em saúde dos indivíduos (RUBIRA, 2021).

O DM, juntamente com as doenças cardiovasculares, doenças renais crônicas e alguns tipos de cânceres associados à alimentação inadequada, estão entre as principais causas de mortes prematuras e evitáveis no Brasil. Como agravante, os gastos relacionados ao tratamento somados ao gasto com a perda de produtividade econômica de indivíduos causam uma sobrecarga importante no sistema público de saúde (NILSON *et al.*, 2020).

No ano de 2018, aproximadamente 16% do total de internações hospitalares no SUS foram decorrentes do DM, juntamente com hipertensão arterial e obesidade, totalizando um custo de 3,84 bilhões de reais. Os gastos diretos de hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos relacionados ao DM, hipertensão arterial e obesidade totalizaram 3,45 bilhões de reais no país, e o DM, desse montante, correspondeu a 30% do custo total (NILSON *et al.*, 2020).

O DM representa um grande impacto econômico ao indivíduo e suas famílias, bem como aos sistemas de saúde e aos países, estando relacionado aos gastos com medicações (insulina e hipoglicemiantes orais), consultas mais frequentes aos serviços de saúde, perda de produtividade, internações prolongadas e complicações

crônicas, como problemas renais, oftalmológicos, cardíacos e vasculares. Isso implica num gasto de 5% a 20% do montante total de gastos em saúde (SBD, 2019).

No ano de 2010, os custos com o DM foram de US\$ 376,0 bilhões no mundo, de acordo com a Federação Internacional de Diabetes, enquanto, nos Estados Unidos e América Latina, o custo anual associado ao DM representou um montante de US\$ 102,5 e US\$ 94,3 bilhões, respectivamente. Já no Brasil, o gasto anual do tratamento da hipertensão arterial e DM no SUS foi de US\$ 398,9 milhões, o que representou 1,43% dos gastos totais do SUS. O DM, juntamente com a hipertensão, é responsável pelo agravamento das condições crônicas de saúde, aumento do tempo de internação e conseqüente aumento do custo do tratamento. Os gastos relacionados à hospitalização e com medicamentos representam grande impacto econômico dessas doenças para o SUS (VALE, 2018).

2.4 *DIABETES MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No âmbito da Atenção Primária em Saúde, a portaria N.º 483, de 1º de abril de 2014, estabelece e redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece as diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado e conceitua doença crônica como de início gradual, duração de curso longo ou incerto, com múltiplas causas e com tratamento que envolve mudanças de estilo de vida, cuidado contínuo e que geralmente não leva à cura (BRASIL, 2014).

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC) tem, como princípios norteadores, garantir o acesso e acolhimento, humanização da atenção e o respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais, bem como possuir um modelo de atenção centrado no usuário. Deve ser composta por equipes multiprofissionais, cuja orientação deve se afastar do modelo médico-centrado, e necessita garantir a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde com atuação no território. A autonomia dos usuários deve ser preservada e o apoio ao autocuidado deve ter seu estímulo fortalecido, com um modelo de equidade do cuidado. A regulação precisa estar articulada entre todos os componentes da RASPDC, sendo a Atenção Primária a porta de entrada no sistema de saúde e ordenadora do cuidado (BRASIL, 2014).

A RASPC tem, como objetivos, realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, ampliar o acesso dos usuários, promover hábitos de vida saudáveis, impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas e promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários (BRASIL, 2014).

A organização do modelo de gestão é caracterizada por ser tripartite, com as funções bem estabelecidas entre as esferas federais, estaduais e municipais. Ao município, compete a responsabilidade sobre o planejamento e programação das ações e dos serviços necessários para organização, bem como a pactuação das linhas de cuidado com níveis de atuação bem definidos entre as esferas, juntamente com a garantia do acesso aos insumos e medicamentos (BRASIL, 2014).

A APS, como porta de entrada do sistema de saúde e ordenadora do cuidado, se coloca como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, que pode referenciar os usuários aos demais níveis de atenção: atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e rede de urgência e emergência. São de responsabilidade municipal também os sistemas de apoio, sistemas logísticos para condução de usuários a pontos de atenção intra ou intermunicipais de acordo com a necessidade do usuário, a regulação e a governança (BRASIL, 2017).

Nesta ótica, a APS é capaz de executar a função de coordenadora do cuidado das pessoas com condições crônicas, nesse caso, especificamente, o usuário com DM. Esse cuidado deve ser centrado no usuário, com ênfase na sua autonomia e protagonismo. Dentre as atribuições da APS, pode-se citar a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento e rastreamento e o encaminhamento à Atenção Especializada quando necessário, com acionamento de ferramentas de teleassistência, de teleeducação e de regulação vigentes, estimulando a participação popular e considerando os fatores de risco mais prevalentes na população (BRASIL, 2014).

Os níveis de atenção no contexto do SUS se organizam de acordo com sua densidade tecnológica. Entende-se a APS como espaço de saúde com menor densidade, enquanto a Atenção Secundária à Saúde se caracteriza por média densidade tecnológica. Já a Atenção Terciária à Saúde é definida por maior densidade tecnológica (BRASIL, 2017).

Com objetivo de analisar e descrever o modelo de regulação assistencial para as condições crônicas não agudizadas, Mendes (2015) descreveu os Modelos de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que foram construídos com base em

evidências científicas e rigorosamente avaliadas. Dentre os principais modelos descritos, destacam-se o Modelo de Cuidado de Crônicas (MCC) e o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR).

O Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) (Figura 1) foi um modelo que teve grande impacto internacional, sendo desenvolvido pela Kaiser Permanente nos Estados Unidos e aplicado em vários países. Esse modelo delimita e estratifica os níveis de risco da população com doença crônica. Essas categorizações representam os definidores das intervenções e da clínica em saúde, seja relacionado ao autocuidado, seja ao cuidado profissional. Essa estratificação auxilia o profissional a categorizar o usuário considerando os riscos clínicos e agravamento de sua situação de saúde. Com base nessas categorizações, pode-se definir as estratégias de intervenção, bem como a tecnologia de gestão de clínica que será utilizada: se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso (MENDES, 2015).

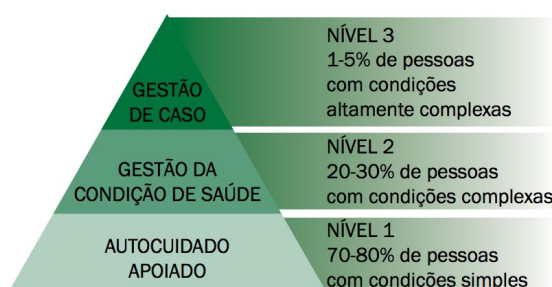
No Nível 1 da pirâmide, estão identificados usuários que convivem com condições crônicas simples e bem controladas, apresentam um baixo perfil de risco geral e possuem capacidade para realizar o seu autocuidado. Nesse subgrupo, está localizada a grande maioria da população total portadora da condição crônica. O cuidado aos usuários é provido por profissionais da APS, como apoiadores ao autocuidado ou provedores de cuidados profissionais (MENDES, 2015).

Já no Nível 2 da pirâmide, os usuários apresentam risco maior de agravamento de sua situação de saúde. Eles possuem fator de risco biopsicológico, uma ou mais condições crônicas, com certo grau de instabilidade, ou mesmo um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de uma equipe profissional. Nesses casos, a maior parte do cuidado aos usuários deve ser provida por uma equipe de APS juntamente com o apoio de especialistas. O autocuidado necessita ser apoiado, pois os usuários não conseguem produzir individualmente seu autocuidado e necessitam de atenção profissional mais concentrada pela equipe de saúde. Esses usuários utilizam alto nível de recursos de atenção à saúde e necessitam de poder contar com a presença de profissionais especializados que atuam juntamente com os profissionais da APS, o que é chamado de cuidado compartilhado (MENDES, 2015).

No Nível 3 da pirâmide, o último, os usuários possuem necessidades de saúde altamente complexas, utilizando com frequência a atenção não programada nas portas de emergência, ambulatorial ou hospitalar. O usuário que se encontra neste

nível da pirâmide necessita de gerenciamento ativo por parte de um Gestor de Caso e faz uso intensivo de recursos de atenção à saúde. O nível de complexidade da condição de saúde do usuário é o definidor da forma como se dará a composição do cuidado da APS e da atenção especializada e definirá se o usuário irá necessitar de cuidados de generalistas, de especialistas ou, ainda, de ambos. As ações de saúde devem ser coordenadas por um gestor de caso (MENDES, 2015).

Figura 1 – Modelo de Pirâmide de Risco



Fonte: Mendes (2015)

A aplicação do MPR no manejo das condições crônicas tem várias implicações práticas, como a distribuição relativa do autocuidado e do cuidado profissional, a distribuição relativa da atenção profissional por membros da equipe multiprofissional, a distribuição relativa da atenção geral e especializada, e a racionalização da agenda dos profissionais de saúde (MENDES, 2015).

2.5 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Decreto-lei N.º 94406/87, que regulamenta a lei do exercício profissional de enfermagem, sob N.º 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, definindo a prescrição de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro e incluindo o PE na prática assistencial profissional do enfermeiro (BRASIL, 1986).

O PE deve ser instituído nos serviços de saúde onde existe o cuidado de enfermagem, pois respalda e alicerça a prática clínica no cuidado cotidiano. Tem, por objetivo, reunir as atividades de enfermagem para deixarem de ser ações isoladas, e dessa forma, poderem fazer parte de um processo chamado de PE. É considerado método indispensável para o adequado desempenho das atividades assistenciais do

enfermeiro, pois viabiliza melhoria da qualidade assistencial de enfermagem, visando a garantia da continuidade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2009).

A Resolução N.º 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a SAE e sobre a implementação do PE em todos os ambientes de atuação da equipe de enfermagem. A SAE se caracteriza por um modelo de organização de trabalho da equipe de enfermagem que torna possível a implantação do PE. O modelo se caracteriza por contemplar cinco etapas distintas que se inter-relacionam: a) Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); b) diagnóstico de enfermagem; c) planejamento de enfermagem; e) implantação; e f) avaliação de enfermagem. O PE é caracterizado por ser o instrumento orientador do cuidado profissional de enfermagem (BRASIL, 2009).

Dessas cinco etapas distintas, porém complementares, conforme a compreensão da autora, o Histórico de Enfermagem se caracteriza por constituir o embasamento de todo o PE. Quanto mais ricas e aprofundadas forem as informações coletadas nesta etapa, maior poderá ser a qualidade do PE.

De acordo com a Resolução COFEN N.º 358/2009, o PE deve estar baseado num suporte teórico para orientar a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, fornecendo a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. O PE é descrito por cinco etapas ou fases, conforme descrições a seguir.

O Histórico de Enfermagem ou Coleta de dados de enfermagem é a primeira etapa do PE e é fundamental para determinar as necessidades de saúde do paciente. Por meio da anamnese e do exame físico, são investigadas as condições de saúde do indivíduo, da família e da comunidade na sua integralidade. As informações colhidas nesta etapa podem ser diretas ou indiretas. Os dados diretos são as informações coletadas com o paciente/usuário e os indiretos são fornecidos por contatos sociais, resultados de exames, prontuários de saúde e outros registros. As informações colhidas são classificadas como objetivas, sendo observadas pelo avaliador, ou subjetivas, que são as informações de saúde referidas pelo paciente/usuário. O vínculo do profissional de saúde com o usuário/paciente é fundamental nessa etapa para a garantia da continuidade das demais. Para essa etapa, podem ser elaborados instrumentos que facilitem a organização e o agrupamento dos dados.

O **Diagnósticos de enfermagem** é a etapa onde todos os dados coletados e agrupados na fase anterior são analisados e interpretados de maneira criteriosa. O enfermeiro deverá, então, organizar os diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades de saúde do paciente. Essa etapa é considerada atividade privativa do enfermeiro e exige do profissional o desenvolvimento do pensamento crítico e o conhecimento técnico baseado em evidências científicas.

A etapa do **Planejamento dos resultados esperados** se inicia na priorização dos diagnósticos de enfermagem que foram estabelecidos na fase anterior. Essa priorização pode ser discutida com a equipe de saúde e, também, envolver o paciente e a família ou cuidador. Os resultados esperados podem viabilizar a posterior avaliação do êxito das propostas. Para cada diagnóstico de enfermagem, deverá haver um resultado esperado, este alcançável e mensurável.

A **Implementação da assistência de enfermagem (prescrição de enfermagem)** representa a etapa em que tudo o que foi construído nas etapas anteriores deve ser considerado. É a etapa em que é realizada a prescrição de enfermagem. Para essa etapa, seis questionamentos devem ser considerados: o que fazer, como fazer, quando fazer, onde fazer, com que frequência fazer e por quanto tempo fazer. Essa etapa deve ser discutida com a equipe, pois promove sua educação, aprendizado e crescimento, e deve contemplar as necessidades de saúde diagnosticada nas fases anteriores.

A última etapa do PE é a **Avaliação da assistência de enfermagem**, cujo objetivo é realizar a análise dos resultados esperados, verificando se foram ou não alcançados. Para essa etapa, são utilizados os dados obtidos em registros no prontuário e na avaliação do paciente/usuário na sua integralidade. Essa fase deve ser discutida com a equipe de enfermagem, pois os resultados encontrados, negativos ou positivos, sempre possibilitam aprendizado à equipe e ampliam os conhecimentos no sentido de qualificar os processos de trabalho.

De acordo com os estudos de Tavares (2018), a maneira ideal para implantação do PE é a utilização de uma teoria de enfermagem, pois viabiliza utilizar maneiras de concepção da realidade e proporcionar subsídios para solução dos problemas relacionados à prática profissional. A pesquisadora, no presente trabalho, escolheu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda Aguiar Horta, para fundamentar a implantação do PE, pois ela permite ao enfermeiro avaliar

a hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano, planejando e intervindo com ações que possam melhorar e/ou reestabelecer a NHB afetada.

Os estudos de Schmitz (2016) também discorrem sobre a necessidade de definir uma teoria de enfermagem que possa proporcionar suporte teórico para implantação do PE e que seja condizente com a realidade dos usuários atendidos no serviço ou instituição de saúde.

2.6 TEORIA DE WANDA HORTA

Teoria de enfermagem, de acordo com Santos *et al.* (2019), é definida como uma articulação organizada, coerente e sistemática de conceitos, que tem como objetivo descrever os fenômenos, explicar as relações entre eles e prever consequências ou prescrever o cuidado de enfermagem com a finalidade de refletir os interesses da comunidade científica e da sociedade.

Conforme Horta (1974), a enfermagem como ciência aplicada migrou da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se, dia a dia, uma ciência independente.

As teorias de enfermagem auxiliam o planejamento da assistência de enfermagem por meio de conceitos construídos sobre os fenômenos do cuidado. Essa prática se consolida pelo PE (SANTOS, 2019). As teorias de enfermagem, de acordo com os estudos de Santos (2019), exercem um papel fundamental nos tratamentos por apoiarem as práticas de enfermagem com suas bases conceituais, epistemológicas e descritivas do cuidado, conduzindo o “pensar” a partir da identificação dos problemas de enfermagem durante a experiência do cuidar.

Dentre tantas teorias que fundamentam a prática da enfermagem, a teoria de Wanda Horta, pautada nas Necessidades Humanas Básicas (NHB), se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, como, por exemplo: a **lei do equilíbrio, homeostase ou hemodinâmica**, que diz que todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; a **lei da adaptação**, que se baseia no pressuposto de que todos os seres do universo interagem com seu meio externo, buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; e a **lei do holismo**, que nos diz que o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo e esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser.

Esta teoria foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas (HORTA, 1974).

Conforme Horta (1974), as funções da(o) enfermeira(o) podem ser consideradas em três áreas ou campos de ação distintos: *área específica*, que se refere a assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; *área de interdependência*, ou de colaboração, quanto a sua atividade na equipe de saúde nos aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde; e *área social*, que ocorre dentro de sua atuação como um profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e participação em associação de classe.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 358/2009, Art. 3º, enfatiza a importância das teorias de enfermagem nas etapas da prática assistencial. Essa normativa orienta que o PE deve estar baseado num suporte teórico que possa orientar a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das intervenções de enfermagem e que, ainda, possa fornecer a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (BRASIL 358/2009).

De acordo com os estudos de Ramalho (2016), deve-se aplicar as teorias de enfermagem na prática assistencial em busca de um cuidado de enfermagem sistemático, de maneira que as teorias de enfermagem possam refletir os interesses da comunidade científica e da sociedade geral, com objetivo de descrever fenômenos, explicar as relações entre eles e prever consequências ou prescrever o cuidado de enfermagem.

A consolidação da enfermagem como ciência e arte foi possível em razão de possuir uma linguagem específica, que atribui significado aos elementos fundamentais da profissão. Essa linguagem é representada pelas Teorias de Enfermagem (TE), que podem ser definidas como uma articulação organizada, coerente e sistemática de afirmações relacionadas às perguntas significativas de uma disciplina. As TE são de extrema importância para a assistência de enfermagem, pois fornecem subsídio teórico para o desenvolvimento do PE (MOREIRA, 2017).

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, que envolve a investigação dos métodos de obtenção, a organização de dados e, ainda, a condução de pesquisas rigorosas. Este tipo de estudo possui etapas distintas: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2019).

O Estudo contemplou duas etapas. **Primeira Etapa:** Desenvolvimento, dividido em a) Descrição da Rede de Saúde do município de São Leopoldo; b) Identificação, quantificação e descrição do perfil sociodemográfico dos usuários que convivem com DM da Atenção Primária de São Leopoldo; c) Identificação, junto às enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde, de como é feita a assistência aos usuários que convivem com DM; d) Realização de pesquisa documental para embasar a elaboração do instrumento de Histórico de Enfermagem, que se caracteriza por ser a primeira etapa do PE; e e) Construção de um instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com DM, promovendo a implantação do PE. **Segunda Etapa:** Validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com DM.

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde e na Farmácia Municipal do município de São Leopoldo, no estado do Rio Grande do Sul. Conforme informações do último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, a cidade tinha uma população de 214.087 habitantes. Conforme estimativa do IBGE de 2020, o registro era de 238.648 habitantes.

A Atenção Primária é composta, atualmente, de 24 Unidades de Saúde, sendo 11 delas com Equipes Estratégia de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde Volante, com atendimentos a bairros com vazios assistenciais, sem cobertura da Atenção Primária à Saúde (SÃO LEOPOLDO, 2018).

A Farmácia Municipal está localizada na região central do município, junto ao Ginásio Municipal de Esportes, e atende usuários da rede pública do município, fornecendo medicamentos contemplados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), fitas de glicemia capilar, insumos para diabéticos (seringas de insulina) e fraldas descartáveis. Nas Unidades Básicas de Saúde, não há profissional farmacêutico lotado, e, por essa razão, não são dispensadas medicações aos

usuários nesses espaços. A Lei N.º 3.820, de 11 de novembro de 1960, que regulamenta o exercício profissional do farmacêutico, estabelece a dispensação de medicações como ato privativo desse profissional (BRASIL, 1960).

3.1 ETAPAS DO ESTUDO

A seguir, serão descritas metodologicamente as etapas desse estudo.

3.1.1 Primeira Etapa – Desenvolvimento

a) Descrição da Rede de Saúde do Município de São Leopoldo

Para descrever a rede de saúde do município de São Leopoldo, foi consultado o Plano Municipal de Saúde de São Leopoldo – 2022, que se constitui num instrumento que detalha a rede municipal de saúde, alinhado ao Plano Plurianual, à Lei das Diretrizes Orçamentárias e à Lei Orçamentária que subsidia as ações de planejamento, além de controlar e avaliar as ações de saúde pelo período de quatro anos, conforme preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (NASCIMENTO; EGRY, 2017).

Os resultados dessa etapa serão apresentados no item 4.1.1

b) Identificação, quantificação e descrição do perfil sociodemográfico dos usuários que convivem com DM de Atenção Primária de São Leopoldo

Este objetivo está contemplado no projeto intitulado “Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de *Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul”, que é um projeto interinstitucional e interestadual que foi submetido pelo Programa de Pós Graduação (PPG) da Enfermagem em parceria com o PPG da Nutrição, Saúde Coletiva e Graduação/Unisinos com as instituições parceiras Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e aprovado em dezembro de 2020 pelo CNPq edital 27/20, o qual a pesquisadora integra. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos.

Foram descritos os passos metodológicos para a identificação, quantificação e descrição do perfil sociodemográfico dos usuários que convivem com DM e que acessam a Atenção Primária do município em estudo.

É um estudo transversal onde todas as medições são feitas em um único momento, ou sem período de seguimento, durante curto período de tempo, onde uma amostra da população é sorteada e examinada (HULLEY, 2015).

Para a coleta de dados, foram utilizados os prontuários de usuários que acessam a Atenção Primária de São Leopoldo. O estudo foi realizado a partir de dados secundários, ou seja, sem a participação direta do usuário. A amostra foi por conveniência. Foram incluídos todos os registros realizados de janeiro de 2017 a dezembro de 2020. Foi criado um instrumento de coleta (APÊNDICE A) para coletar os dados, como nome do paciente, número do cartão do SUS, estatura, idade, unidade de saúde de referência, peso (kg), IMC e presença de comorbidades (HAS, DM, Obesidade, Doença Pulmonar, Neoplasias, Nefropatias, Etilismo, Tabagismo, Obesidade, Colesterol, Glicose, Glicemia capilar, LDL, HDL, PA). As informações relacionadas à data de retirada de fita reagente HGT foram buscadas na Farmácia Municipal do município. Esses dados foram armazenados em uma planilha do software Excel® 2016 para criar um banco de dados e possibilitar a análise.

Os dados foram analisados e apresentados em média e desvio padrão, ou mediana e intervalo interquartil (25-75), frequência absoluta e/ou relativa, e porcentagem. O *software* usado será o *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 20.0.

Os resultados dessa etapa serão apresentados no item 4.1.2.

c) Identificação, junto às enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde, sobre como é feita a assistência aos usuários que convivem com DM

Nesta etapa, foi realizado um estudo qualitativo, abordagem que enfatiza a qualidade das informações que não podem ser medidas em quantidade, volume e frequência, ressaltando a natureza socialmente construída da realidade, relacionando a experiência social com seu significado para as pessoas (MINAYO, 2015).

Foram convidadas(os), por meio de e-mail (APÊNDICE B), para participar do grupo focal, nove enfermeiras(os). No entanto, duas declinaram do convite por estarem impossibilitadas em função de compromissos particulares, sendo que a

atividade ocorreu fora de seus horários de trabalho. Das(os) sete confirmadas(os), seis compareceram no dia e horário agendados, pois uma delas, por demanda de trabalho na unidade de saúde, não pode comparecer.

As(os) enfermeiras(os) que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Para preservar o anonimato das(os) participantes, foi atribuído um número, antecedido da letra E, como codinome a cada um(a) deles(as).

A pesquisadora conduziu as falas, utilizando Questões Disparadoras para o Grupo Focal (APÊNDICE D) para auxiliar no delineamento das falas, e contou com a colaboração de uma colega de trabalho, Técnica de Enfermagem, lotada na Diretoria de Enfermagem, que auxiliou na organização da atividade e nas gravações. O encontro teve duração de duas horas, com início às 9h e encerramento às 11h, e ocorreu na Escola de Gestão - Prefeitura Municipal de São Leopoldo. As falas foram gravadas e, após, a pesquisadora realizou a degravação das mesmas.

Os registros obtidos da degravação das falas do Grupo Focal foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2007), que contemplou três fases a saber: 1) Pré-Análise; 2) Exploração do Material ou Codificação; e 3) Classificação e a Agregação dos Dados. O método, que surgiu no início deste século nos Estados Unidos, permite encontrar respostas para perguntas realizadas e também confirmar ou não hipóteses já levantadas (MINAYO, 2016).

Na **pré-análise**, que se constitui na primeira fase, a pesquisadora teve contato direto com o material transcrito. Foi realizada leitura exaustiva e flutuante das falas e das perguntas iniciais que deram seguimento às discussões. Conforme Minayo (2016), a leitura foi realizada com esgotamento da totalidade do texto, com homogeneidade, que é a separação entre os temas a serem trabalhados, e com exclusividade, pois cada elemento só pode estar em uma categoria.

Na segunda etapa, que é a etapa da **exploração do material ou codificação**, a pesquisadora procurou identificar as categorias afins, que são expressões ou palavras significativas em função das quais as falas estão organizadas. Nesta etapa, a pesquisadora realizou recorte das palavras e temas. Neste processo, em que a pesquisadora buscou reduzir os textos a palavras ou expressões, emergiram as seguintes expressões e unidades de sentido: Acolhimento, Agente Comunitário de Saúde, Equipe Multidisciplinar, Adesão ao Tratamento, Consulta do Enfermeiro, PE,

Histórico de Enfermagem, Alimentação, Desafio, Insulina, Hgt, Médico, Hipoglicemia e Consulta Integral.

A **classificação e a agregação dos dados** se constitui na terceira etapa do processo de Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2007). Neste momento, a pesquisadora realizou a escolha das categorias de acordo com o levantamento das informações colhidas na etapa anterior. Posteriormente, a pesquisadora agrupou os achados em duas grandes categorias: 1) Potências na assistência aos usuários que convivem com DM; e 2) Desafios na assistência aos usuários que convivem com DM. Após, estas categorias foram subdivididas em assuntos relacionados.

Os resultados dessa etapa serão apresentados no item 4.1.3.

d) Realização de pesquisa documental para embasar a elaboração do Histórico de Enfermagem como parte integrante do PE

Nessa etapa, foi realizada uma pesquisa documental na busca de instrumentos de assistência de enfermagem ao paciente com DM, como fichas de anamnese e de Histórico de Enfermagem.

A pesquisa documental é caracterizada por buscar fontes de coleta de dados restrita a documentos, constituindo o que se denomina fontes primárias. Além disso, a pesquisa documental objetiva extrair informações a partir de técnicas adequadas para seu tratamento e sua análise, de acordo com princípios científicos (LIMA JUNIOR, 2021).

Foi realizada busca em sites de universidades, liga acadêmica, Secretaria Municipal de Saúde, entidades de classe e Ministério da Saúde.

Após a busca dos documentos, estes foram avaliados, analisados e deles foram destacados aspectos importantes e que podem constar no histórico de enfermagem para qualificar as informações necessárias para o cuidado ao usuário com DM.

A busca foi realizada nos sites por meio das seguintes palavras-chave de documentos relacionados: Histórico de Enfermagem; Coleta de Dados de Enfermagem; Sistematização de Assistência de Enfermagem; PE; e anamnese, compondo com as palavras *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária ou Atenção Básica. Os critérios de inclusão foram: documentos em português; texto completo; referente ao período de 2016 a 2021. Foi elaborado um quadro para sistematizar as principais

informações dos documentos, como resumo, autor, local referência e principais resultados, entre outras informações que a pesquisadora avaliou no momento da busca.

Os resultados dessa etapa serão apresentados no item 4.1.4.

e) Construção de um instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com DM, promovendo a implantação do PE

A partir das falas identificadas no grupo focal e na pesquisa documental realizada nos sites, foi criado um instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem. Esse instrumento, chamado de Histórico de Enfermagem ou Coleta de Dados, corresponde à primeira etapa do PE, que contempla cinco etapas distintas que se interrelacionam entre si, sendo elas a Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), o Diagnóstico de Enfermagem, o Planejamento de Enfermagem, a Implantação e a Avaliação de Enfermagem.

Os resultados dessa etapa serão apresentados no item 4.2.

3.1.2 Segunda Etapa – Validação do instrumento

A validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na APS do Município de São Leopoldo/RS foi realizada por meio de validação de conteúdo. A validação de conteúdo analisa a capacidade de resposta de um instrumento específico ao propósito a que se destina, sendo realizada por especialistas da área e selecionados, considerando sua experiência e conhecimento técnico (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Esta etapa foi realizada por especialistas no tema, como enfermeiras(os), docentes, doutoras e mestres, conhecidas da pesquisadora e da orientadora, que atuam nas disciplinas teóricas, práticas ou de estágio com foco na APS, convidadas aleatoriamente e por conveniência e moradoras(es) da Região Metropolitana de Porto Alegre. Os critérios de exclusão foram os seguintes: participantes que não responderam ao convite da pesquisadora após três tentativas de contato, com

intervalo de três dias; profissionais que, após o aceite para validar o instrumento, não responderam o formulário no período de 10 dias; ou, ainda, profissionais que não devolveram os instrumentos de validação.

Para a validação de conteúdo, foi utilizada a técnica Delphi, uma vez que essa técnica possibilita que os profissionais de enfermagem com experiências diversas e especialistas no tema colaborem na construção de consensos sobre o assunto estudado. A técnica Delphi permite que o número de especialistas seja determinado de acordo com o fenômeno que se pretende estudar, podendo variar de sete a doze especialistas (CUNHA; PENICHE, 2007; LOPES *et al.*, 2013; SCARPARO *et al.*, 2012).

A metodologia é utilizada na elaboração de materiais educativos com a participação de peritos. Permite consulta a um grupo de juízes a respeito de eventos futuros, por meio de um questionário, que pode ser repassado continuadas vezes até que seja obtido um consenso. A partir de opiniões dos juízes, pretende-se chegar ao consenso (CUNHA; PENICHE, 2007; LOPES *et al.*, 2013; SCARPARO *et al.*, 2012;).

A validação foi realizada por meio de formulário eletrônico (APÊNDICE E – Formulário para Validação de Conteúdo do Instrumento para Guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem), que foi preenchido pelos juízes após aceitarem o convite que foi enviado por *e-mail* (APÊNDICE F).

No convite, foi disponibilizado um *link* para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G), que foi acessado pelos profissionais que aceitaram participar do estudo. Ao clicar no botão “aceite”, foi possível baixar uma cópia do TCLE. Mesmo assim, o(a) participante pôde fazer contato com a pesquisadora a qualquer momento, solicitando o envio do TCLE por *e-mail* e/ou informações sobre a pesquisa.

Os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G) e ao Formulário de Validação (APÊNDICE E) por meio de *link* disponibilizado no TCLE. Somente após o aceite do profissional, ele teve acesso ao link para preenchimento do Formulário de Validação.

O Formulário de Validação (APÊNDICE E) foi construído com a ferramenta *Google Forms*®. Nele, constaram questões estruturadas. O tempo estimado para responder às questões foi de aproximadamente 20 minutos após a consulta do instrumento.

A validação se deu por meio da Escala de Likert, com quatro pontos: discordo (1), discordo parcialmente (2), concordo parcialmente (3) e concordo (4).

Para caracterizar os participantes, foi utilizada a estatística descritiva. As variáveis categóricas, como sexo e titulação, foram descritas por porcentagem.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi utilizado para análise do instrumento. Alexandre e Coluci (2011) referem que o IVC “mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens” (ALEXANDRE; COLUCI, 2011, p. 3065).

Os dados referentes ao conteúdo do instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem foram analisados mediante cálculo do percentual de concordância da escala de Likert, sendo considerados adequados aqueles com percentual mínimo de 0,8 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de respostas 3 ou 4} \times 100}{\text{número total de respostas}}$

Os itens que não atingiram o nível de concordância mínimo foram revisados, considerando as recomendações dos juízes ou eliminados, conforme avaliação da pesquisadora (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para análise estatística, foi utilizado o programa Excel®, do *Microsoft Office*®. Para a validação do instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem em sua totalidade, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo, que traz a proporção dos itens com escore “3” e “4” para todos os avaliadores envolvidos, aceitando-se, para a validação do proposto em estudo, a concordância mínima de 0,8 (BORGES; FERREIRA, 2016).

Os resultados da validação estão descritos no item 4.4.1.

4 RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA

4.1 DESCRIÇÃO DA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO

A Atenção à Saúde corresponde ao cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está organizado em níveis de atenção (Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade).

No município de São Leopoldo, o cuidado em saúde está organizado em níveis de atenção: a Atenção Básica – para a qual, neste estudo, foi utilizada a nomenclatura Atenção Primária à Saúde –, a Média Complexidade e a Alta Complexidade. Tal organização tem o objetivo de orientar a assistência e realizar o planejamento do SUS com base nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da longitudinalidade do cuidado, da integralidade da atenção, da corresponsabilização, da humanização, da equidade e da participação e controle social.

4.1.1 Atenção Primária à Saúde

A APS deve ser a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Está dividida em três tipos de atendimentos: Unidade Básica de Saúde (UBS), com atendimento tradicional; UBS com Estratégia da Saúde da Família (ESF); e UBS Mista, que contempla as duas modalidades (Tradicional e ESF).

A APS se constitui no primeiro nível de atenção à saúde. É caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Dentre os objetivos da APS, pode-se citar a busca de uma atenção integral que impacte de maneira positiva na situação de saúde das coletividades (PMSL, 2022).

As UBS com Estratégia de Saúde (UBS/ESF) possuem equipes multiprofissionais que contam com os seguintes profissionais: enfermeira, técnica de enfermagem, médico da saúde da família, agente comunitário de saúde, dentista e auxiliar de saúde bucal. Já as UBS que não possuem ESF se constituem no modelo tradicional e conta com a seguinte equipe de profissionais: enfermeira, técnica de

enfermagem, médico clínico geral, dentista e ginecologista, podendo ainda contar com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este serviço é composto por equipe multiprofissional que tem o objetivo de apoiar as equipes de ESF com ações intersetoriais de promoção e atenção à saúde, uma vez que conta com os seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, profissional de educação física, nutricionista e sanitarista.

A APS no município de São Leopoldo está constituída no seguinte formato: 22 UBS, sendo 13 as equipes de ESF. Quanto à cobertura populacional, a APS possui cobertura correspondente a 41,62%, enquanto a ESF corresponde a 13,11%. Em relação às equipes de saúde bucal, a cobertura corresponde a 25,84%.

4.1.2 Atenção Secundária

Atenção secundária é formada pelos serviços especializados ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária à saúde e a terciária. Esse nível compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e, ainda, atendimento de urgência e emergência. Neste modelo de atenção, o município conta com serviços citados nas subseções a seguir.

4.1.2.1 Centro Médico Capilé

Possui caráter de agendamento eletivo e conta com as seguintes especialidades médicas: Cardiologia, Cirurgia de Cabeça e pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Geral Ambulatorial, Cirurgia Ginecológica, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia – Climatério, Ginecologia – Colposcopia, Ginecologia – Infertilidade, Mastologia, Geriatria, Dermatologia, Endocrinologia, Fonoaudiologia Gastrologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Neurologia Pediátrica, Oftalmologia, Ortopedia, Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Asma – Pneumologia, Pré-natal de Alto Risco, Proctologia, Psicologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia e Cirurgia Vasculár. Neste serviço, também são realizados procedimentos de audiometria, eletrocardiograma, eletroencefalograma em vigília e em sono, espirometria, videolaringoscopia, ambulatório de estomizados, ambulatório de referência de lesões de pele, equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e nutricionista para dietas especiais. Além dos atendimentos citados, também se constitui um campo de

formação para cursos de graduação e residência médica e multiprofissional da Unisinos.

4.1.2.2 Centro de Saúde Feitoria

A Unidade de Saúde que oferece atendimento à população de caráter de urgência e emergência durante 24 horas todos os dias da semana possui complexidade intermediária, articulando com os demais níveis de atenção: Atenção Primária, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, EMAD e Hospital Centenário, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências (RAU). A unidade de saúde possui serviço de apoio diagnóstico para exames laboratoriais, porém não possui serviço de imagem.

4.1.2.3 Serviço de Atendimento Especializado a Pessoas com HIV/AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose e Hepatites Virais (SAE)

Este serviço de saúde tem, por objetivo, realizar ações de prevenção e assistência pelo atendimento integral e qualificado às pessoas vivendo com *Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/AIDS), Infecções Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose e Hepatites Virais e seus familiares. É composto por uma equipe multiprofissional que contempla assistente social, enfermeiras, médicos, técnicos de enfermagem, psicólogos e biomédicos, juntamente com profissionais de apoio administrativo. Os atendimentos envolvem realização de consultas, exames (HIV/AIDS, Hepatites Virais e Sífilis), distribuição de insumos de prevenção (preservativos, cartazes e folders), distribuição e controle de antirretrovirais e atividades educativas para prevenção, adesão ao tratamento e controle dos agravos, atendendo a população de todo município.

4.1.2.4 Programa Municipal de Prevenção e Controle da Tuberculose (PMCT)

O PMCT tem, como objetivos: realizar diagnóstico precoce dos casos de tuberculose, especialmente entre as populações mais vulneráveis e pacientes diagnosticados; assegurar a credibilidade da microscopia direta e cultura de escarro como principais métodos diagnósticos; anular as fontes de infecção da tuberculose na

comunidade; proteger grupos saudáveis da infecção pelo bacilo da tuberculose e populações vulneráveis no seu processo de adoecer; e monitorar o cumprimento das metas pactuadas. A equipe multiprofissional é composta por assistente social, enfermeiras, médico, técnico de enfermagem e equipe de apoio administrativo, atendendo a população de todo município.

4.1.2.5 Atenção Psicossocial Especializada

É destinada a pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, operando no âmbito do SUS. A finalidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, garantindo a autonomia do usuário, o acesso e a qualidade dos serviços e a diversificação das estratégias de cuidado. A RAPS é constituída pela APS, NASF, Centros de Convivência, Atenção Psicossocial Especializada (constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA 24 horas, Urgências e Pronto-socorro), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento - UA), Serviços de Atenção em Regime Residencial – Comunidades Terapêuticas) e Atenção Hospitalar. A atenção psicossocial especializada é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS Capilé), Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS ij Aquarela), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e Ambulatório Especializado de Saúde Mental.

4.1.2.6 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

O serviço funciona ininterruptamente, durante as vinte e quatro horas do dia, todos os dias da semana, com equipes de profissionais formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores de veículos de urgência, que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. O objetivo do serviço é chegar precocemente à vítima e garantir sua avaliação adequada e estabilização clínica, dando o tratamento adequado quando possível e/ou realizando o transporte

adequado, quando indicado, para o local determinado, onde receberá o tratamento definitivo.

4.1.2.7 Unidade de Pronto Atendimento – UPA Zona Norte

Estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a APS, SAMU 192, EMAD e Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências (RAU). Oferece atendimento a pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência e possui, ainda, serviço de apoio de laboratório de análises clínicas e radiologia no próprio serviço.

4.1.2.8 Centro de Vigilância em Saúde

O Centro de Vigilância em Saúde busca a garantia da integralidade da atenção à saúde por meio da observação e análise permanente da situação de saúde da população de forma articulada com outras ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população. É composta pelos seguintes setores:

Vigilância Epidemiológica: possui a função de fornecer orientação técnica permanente aos profissionais de saúde do município de São Leopoldo sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, bem como dos fatores condicionantes das doenças em uma área geográfica ou população definida.

Vigilância Sanitária: equipe que atua na eliminação, diminuição ou prevenção de riscos à saúde, bem como para garantir a saúde da população mediante a intervenção do Estado. Atua realizando vistorias e licenças a estabelecimentos de alto e médio risco. Realiza também análise e aprovação de projetos e atendimento a denúncias, expedindo alvarás, realizando investigações de surtos de doenças de transmissão alimentar, realizando autuações, interdições e apreensões, controlando e fornecendo receituários médicos de controle especial, realizando atividades educativas e, ainda, autorizando traslados funerários.

Vigilância Ambiental: possui atribuições de realizar ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por animais de interesse à saúde pública, bem como realizar ações de monitoramento de fatores de risco não biológicos, tais como: prevenção e controle do mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*,

atualização do reconhecimento geográfico do município, visitas domiciliares (VD), visitas quinzenais em pontos estratégicos, pesquisa vetorial especial nos casos suspeitos de dengue, Zika Vírus e Chikungunya, aplicação de inseticida nas ações de bloqueio de transmissão vetorial, levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti*, atendimento a denúncias e atividades de educação em saúde. A equipe é composta por dois médicos veterinários, duas biólogas, um supervisor de campo e 24 Agentes de Combate às Endemias (ACEs).

Serviço de Imunizações: tem a atribuição de receber, controlar, monitorar e distribuir os imunobiológicos para todas as salas de vacina do município, bem como ao Hospital Centenário, e, ainda, organizar e gerir a Rede de Frio do município. Nesta Rede de Frio, ficam estocados os imunobiológicos que são recebidos da Central Estadual com sede em Porto Alegre até serem encaminhadas às 22 salas de vacinas do município. É composta por quatro câmaras frias com capacidade de armazenamento de cento e duas mil doses de vacina, além de almoxarifado para armazenamento de insumos e caixas térmicas. O serviço também é responsável por realização de atividades de educação permanente relacionadas ao tema das imunizações, como atualização do calendário vacinal, técnicas corretas de administração, doses utilizadas, cuidados e prevenção de eventos adversos. A equipe é composta por uma enfermeira e três técnicas de enfermagem.

4.1.2.9 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)

O programa realiza ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação que ocorrem no domicílio. Indicado para usuários que, embora estejam estáveis hemodinamicamente, necessitam de atenção à saúde por restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou, ainda, para usuários que se encontram em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos. A equipe é composta por assistente social, enfermeira, médico, técnico de enfermagem e motorista.

4.1.2.10 Assistência Farmacêutica

Possui objetivo de garantir o acesso da população aos medicamentos e promover seu uso racional, de maneira a buscar a garantia da integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde. No município de São Leopoldo, é representada pela Assistência Farmacêutica Básica e Especializada.

A Assistência Farmacêutica Básica é composta pelos seguintes serviços:

Farmácia Municipal: está localizada junto ao Ginásio Municipal na sala 11 e distribui medicamentos constantes na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) e insumos para pacientes diabéticos, conforme Portaria N.º 2.583, de 10 de outubro de 2007, além de realizar a dispensação de fraldas descartáveis, conforme Resolução N.º 080/2019 – CIB/RS. No mesmo local, também existem dois consultórios farmacêuticos.

Farmácia Distrital/CS Feitoria: serviço descentralizado, localizado no Centro de Saúde Feitoria, com finalidade de realizar a dispensação dos medicamentos mais próximo do território do usuário, visando facilitar o acesso da população.

Farmácia Móvel: considerada também um serviço descentralizado, esta unidade móvel é deslocada a vários pontos da rede de saúde com a finalidade de realizar a dispensação dos medicamentos no próprio território do usuário ou mais próximo deste, visando facilitar o acesso da população.

Já a Assistência Farmacêutica Especializada é composta pelos seguintes serviços:

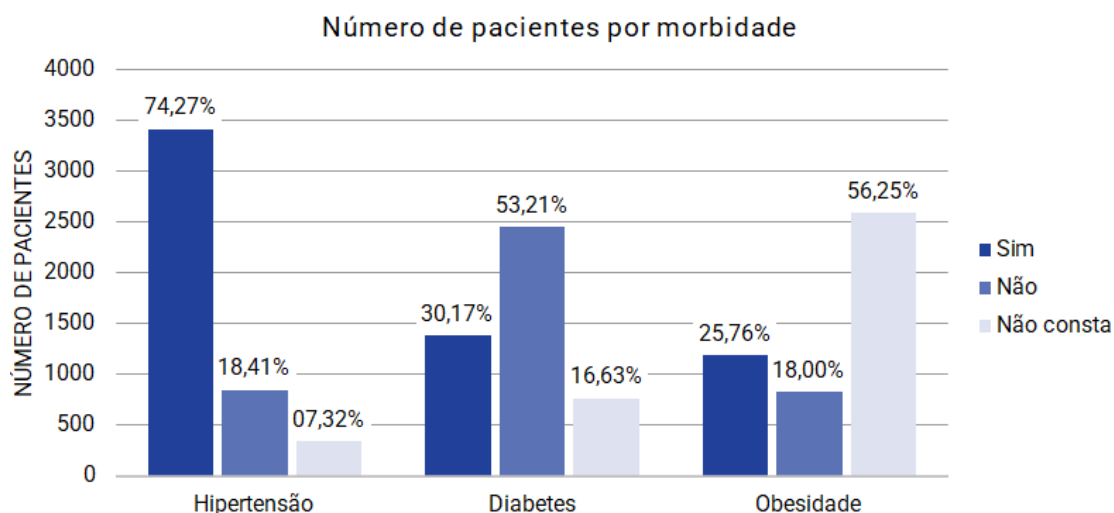
Farmácia de Medicamentos Especializados: este serviço está localizado junto ao Ginásio Municipal, na sala 10, e tem o objetivo de garantir o tratamento integral por meio do fornecimento de medicamentos para o tratamento de doenças raras ou de medicamentos utilizados em últimas linhas de tratamento para várias doenças.

Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM): este serviço está localizado junto ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e é responsável pela dispensação de medicamentos estratégicos, como os antirretrovirais para os pacientes com HIV. A equipe técnica do local é constituída por uma farmacêutica, uma funcionária concursada e uma estagiária de graduação do curso de Farmácia.

4.2 IDENTIFICAÇÃO, QUANTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM DM DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SÃO LEOPOLDO

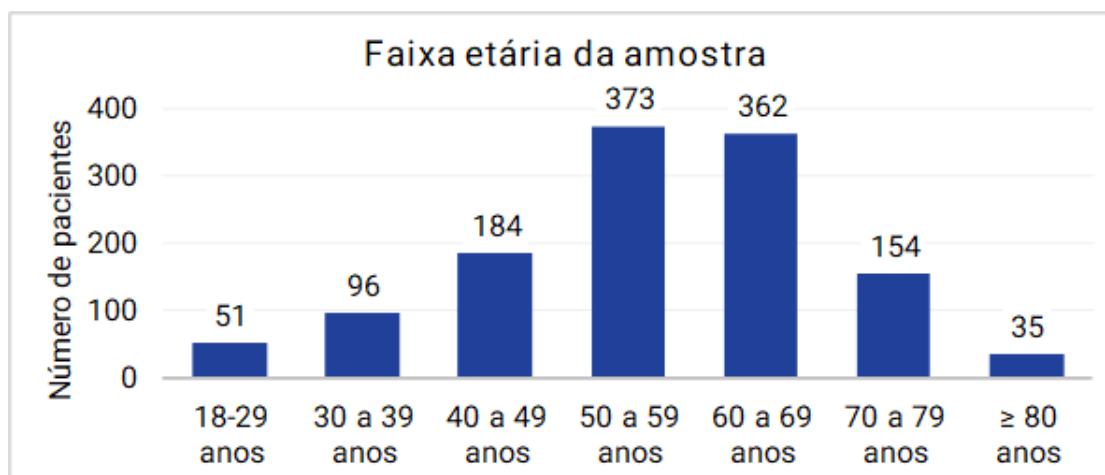
Este objetivo do estudo está vinculado ao Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq edital 27/20, coordenado pelo Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, intitulado “*Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul*”, e que a presente autora integra. Os dados que serão apresentados nos gráficos 1, 2, 3 e 4 são dados que ainda estão em tratamento, ou seja, poderão sofrer alterações na análise final. Serão apresentados resultados da HAS, DM e obesidade, mas o foco da discussão será nos dados de usuários que convivem com DM.

Gráfico 1 – Prevalência de morbidades HAS, DM e Obesidade em usuários da rede de Atenção Primária à Saúde em São Leopoldo/RS entre os anos de 2018 e 2021.
n= 4.601



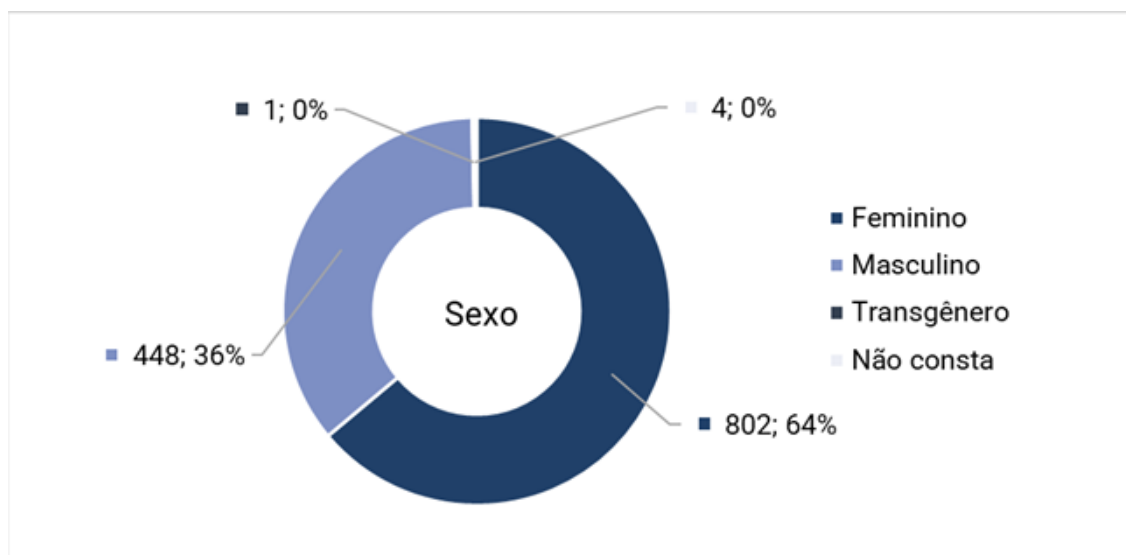
Fonte: dados coletados no projeto de pesquisa “Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de *Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul”

Gráfico 2 – Faixa etária de usuários que convivem com DM maiores de 18 anos da rede de Atenção Primária à Saúde em São Leopoldo/RS entre os anos de 2018 e 2021. n= 1255



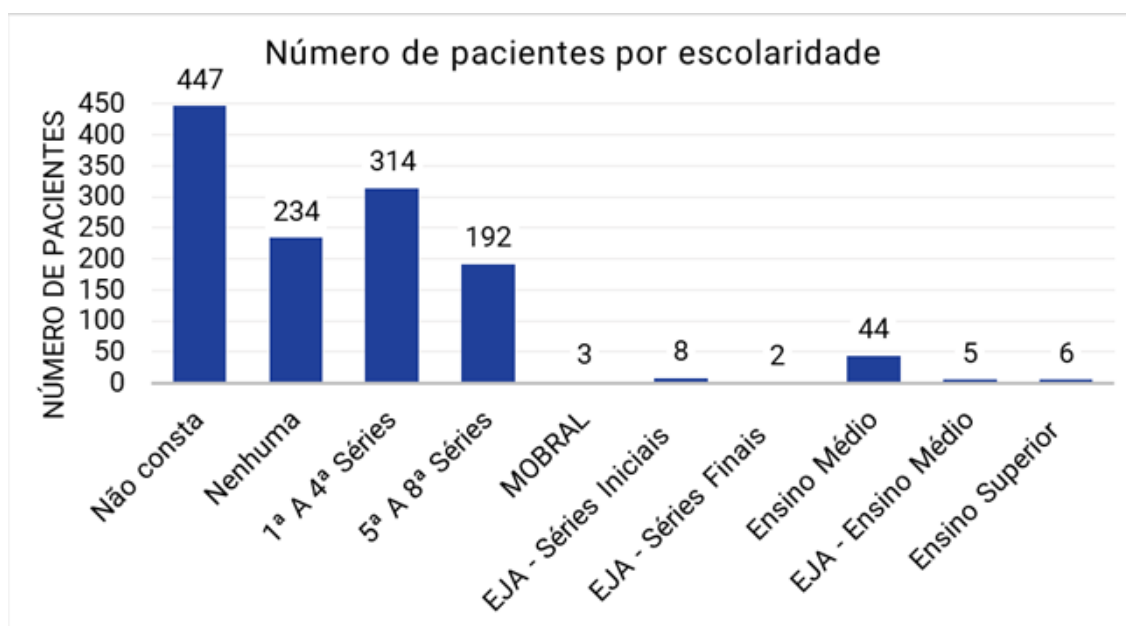
Fonte: dados coletados no projeto de pesquisa "Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de *Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul"

Gráfico 3 – Informação referente ao gênero dos usuários maiores de 18 anos com DM da rede de Atenção Primária à Saúde em São Leopoldo/RS entre os anos de 2018 e 2021. n= 1255



Fonte: dados coletados no projeto de pesquisa "Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de *Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul"

Gráfico 4 – Grau de escolaridade dos usuários maiores de 18 anos com DM da rede de Atenção Primária à Saúde em São Leopoldo/RS entre os anos de 2018 e 2021. n= 1255



Fonte: dados coletados no projeto de pesquisa “Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de *Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul”

4.3 IDENTIFICAÇÃO, JUNTO ÀS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, SOBRE COMO É FEITA A ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM DM

Para realizar a análise de dados, foram utilizadas unidades de registro, conforme Minayo (2016). A análise de conteúdo contemplou três fases que serão descritas a seguir:

a) Primeira fase ou pré-análise: foi realizada leitura detalhada e repetida do material transcrito com objetivo de conhecê-lo integralmente em busca de unidades de sentido, tais como expressões, palavras e eixos temáticos.

b) Segunda fase: foi realizada identificação das unidades de sentido e agrupamento das categorias em eixos temáticos a serem definidos posteriormente. Nesta etapa, a pesquisadora identificou as seguintes unidades de sentido e palavras: integral, consulta do enfermeiro, insumos, não conhecem os fluxos, consulta, acolhimento, ACS, DM, atendimento ao usuário com DM, equipe multiprofissional, adesão, consulta, PE, continuidade do cuidado, HGT alterado.

c) Codificações e índices quantitativos/classificação e agregação dos dados: nas discussões que foram levantadas durante a atividade do grupo focal, vários aspectos importantes da prática diária do cuidado foram expostos com muita tranquilidade e transparência. As enfermeiras ficaram à vontade para manifestar situações da sua prática profissional no cotidiano do trabalho. Posteriormente, a pesquisadora agrupou os achados em duas grandes categorias: 1) Potências na assistência aos usuários que convivem com DM; e 2) Desafios na assistência aos usuários que convivem com DM. A seguir, estas categorias foram subdivididas em assuntos relacionados.

A partir da escolha das categorias escolhidas, a pesquisadora organizou uma tabela, especificando as categorias e subcategorias, e realizou interpretações e interrelações entre as informações colhidas.

Deste processo resultaram, então, as seguintes subcategorias: para categoria de **Potências**, 1) Acolhimento ao usuário na sua integralidade e 2) Trabalho do ACS no atendimento ao usuário com DM; e para categoria de **Desafios**, 3) Equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado, 4) Adesão ao tratamento e 5) Consultas, processo e histórico de enfermagem (Quadro 1).

Quadro 1 – Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
1) Potências na assistência aos usuários que convivem com DM	1.1 Acolhimento ao usuário na sua integralidade 1.2 Trabalho do ACS no atendimento ao usuário com DM.
2) Desafios na assistência aos usuários que convivem com DM	2.1 Equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado 2.2 Adesão ao tratamento 2.3 Consultas, processo e histórico de enfermagem.

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

4.3.1 Categoria 1 – Potências na assistência aos usuários que convivem com DM

4.3.1.1 Acolhimento ao usuário na sua integralidade

As enfermeiras relataram que, em razão de não possuírem agenda programática para atendimento ao usuário com DM, todos que buscam a unidade de saúde recebem atendimentos nas suas demandas de saúde com abordagem integral. Os usuários buscam a unidade de saúde por situações gerais de saúde e, então, é realizada uma abordagem integral, com realização de consulta do enfermeiro, como ficou evidenciado na fala da enfermeira E.1.:

“Eu não atendo especificamente o diabético com consulta agendada, mas eu acho que a consulta é um todo, quando o paciente chega com uma escuta ou a técnica chama com Hgt alterado, ela chama a gente e a gente dá orientações, como, “o que comeu ontem?”, “tomou a medicação hoje?”, principalmente na segunda-feira, porque eles ultrapassam os limites no final de semana. Não deixa de ser uma consulta, tu conversar com ele...” E.1.

Consideraram que essa abordagem integral possui aspectos positivos em congruência aos preceitos do SUS de integralidade. Contudo, como a consulta não é sistematizada nem tampouco há agendamento específico para usuários que convivem DM, algumas queixas relacionadas à dificuldade de controle glicêmico, adesão ao tratamento ou, ainda, situações específicas de agravamento das condições crônicas podem passar despercebidas, considerando a não existência de enfoque direcionado a essas situações, conforme relatado por E.2.:

“Ah! pra consulta do enfermeiro de saúde da mulher, por exemplo, a candidíase vaginal né: “- olha eu tô, não passa nunca, não sei mais o que fazer, eu quero uma pomada...” Na própria coleta de pré-câncer. Ai a gente pergunta: “- é diabética? - Tu vê que é candidíase de repetição.” E.2.

4.3.1.2 Trabalho do ACS no atendimento ao usuário com DM

Nessa subcategoria, ficou evidenciado, nas falas das enfermeiras, a riqueza do trabalho dos ACS no atendimento ao usuário com DM, pois consideraram este profissional como elo entre o usuário com DM e sua família com a UBS, conforme relatou E.8.

"...pela questão domiciliar quem está muito mais em contato com eles talvez, né, seriam os agentes de saúde... ir nos domicílios... então os lugares onde a gente tem agente de saúde, a gente poderia tentar aproveitar melhor..." E.8.

A fala de E.3. também corroborou o relato sobre a importância e abrangência do trabalho dos ACS no efetivo acompanhamento ao usuário com DM:

"Ah! Enfim alguma atividade física, também, caminhadas, só que eles são bem resistentes, eu acho que as atividades físicas, assim, dá uma caminhada, agente de saúde orienta aí, dá uma caminhada na quadra, não vai fazer mal!" E.3.

Em algumas ocasiões, a piora do quadro clínico dos usuários que convivem com DM ou o agravamento e agudização das condições crônicas são trazidas às equipes justamente pelo ACS, pois é este profissional que tem livre acesso à rotina de vida, à família, e pode acompanhar de perto a deterioração da saúde dos usuários, bem como a dificuldade de adesão ao tratamento do DM, conforme referiu E.5.

"...agora, faz uns 20 dias, que ela teve uns casos de hipoglicemia, nossa agente de saúde captou, buscou ela e agendou uma consultinha pra ela pra orientação..." E.5.

4.3.2 Categoria 2 - Desafios na assistência aos usuários que convivem DM

4.3.2.1 Equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado

Nas discussões do grupo focal, as enfermeiras relataram a importância e a riqueza do trabalho quando a equipe pode contar com colegas de outros núcleos profissionais, como enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentistas, conforme relato de E.3.

"...a equipe multidisciplinar, a gente não tem isso. Na UBS, nós tínhamos a Unisinos, nós tínhamos fisioterapia, enfermagem, nutrição e psico, eles faziam os PTS, eles pegavam a paciente, acompanhavam e montavam todo um PTS, um plano de cuidado. Mas eles trabalhavam como uma equipe multidisciplinar, a gente trabalha sozinha!" E.3.

Entretanto, esta composição de equipe não é comum a todas as UBS, pois algumas unidades possuem outra formatação de equipe tradicional, cuja equipe contempla profissional médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social e nutricionista. As profissionais lotadas nestas UBSs relataram sobre

os desafios que enfrentam no cuidado ao usuário com DM por não possuírem equipe multiprofissional, o que ficou evidenciado no relato de E.3.

“A gente acaba sendo nutricionista, psicóloga, educadora física, a gente acaba fazendo um pouquinho de cada coisa, ate quase médico também.” E.3.

Neste aspecto, também ficou evidenciado o quanto poderia incrementar e qualificar os atendimentos se as equipes pudessem contar com outros núcleos profissionais, como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, profissionais de educação física, entre outros, de acordo com a fala de E.3. Dessa forma, fica também evidenciado o quanto a inexistência da Consulta do Enfermeiro sistematizada, ancorada em protocolos institucionais, pode restringir a atuação do profissional.

“Aí chega um momento que tu: “ah! não vou atender mais, o que adianta eu atender se eu não consigo ser resolutivo”. Nós vamos ate um limite, aí se tu não tem uma parceria, tu não tem equipe multidisciplinar, o que a gente faz?”. E.3.

Ficou evidenciado, nas falas das enfermeiras, o quanto se sentem desvalorizadas pelo usuário, pois enfatizaram que eles buscam um modelo de atenção à saúde do usuário centrado no profissional médico. Os usuários em geral buscam pelo atendimento médico. Entretanto, quando não conseguem consulta com o profissional, pedem para conversar com a enfermeira, mas de maneira informal.

“...quando o paciente estava descompensado, quando paciente precisava de consulta médica e não conseguia essa consulta, parecia que a consulta que a enfermeira fazia era realmente para tapar o furo, não é uma consulta do enfermeiro propriamente dita...”. E.3.

“...era pra tapar o furo porque o paciente não tinha conseguido uma consulta médica, na visão do paciente... “ E.3.

“...tu fica de mãos atadas, pois tu não tem o que fazer, aí, se tiver muito alta, tu tem que chamar o médico pra medicar. Se o paciente tá sem medicação, tu tem que pedir nova receita. Ou ele pede pra agendar uma nova consulta, medica e marca uma nova consulta...” E.1.

Também durante a insulinição, o profissional enfermeiro não participa diretamente do cuidado, ficando a incumbência exclusivamente ao profissional médico, de acordo com E.5.

“...insulinização de paciente, essas coisas, os médicos fazem dentro dos consultórios quando eles vão intruzir a insulina, mas a gente não faz.” E.5.

4.3.2.2 Adesão ao tratamento

Nessa subcategoria, ficou evidenciado, nas falas das participantes, que os usuários apresentam diversas dificuldades e empecilhos para aderir ao tratamento do DM.

“O problema é que, da porta do posto pra fora, eles esquecem o que a gente falou.” E.5.

Os relatos das enfermeiras demonstraram que, embora os profissionais de saúde orientem os usuários acerca da terapêutica, estes demonstram várias dificuldades para aderir à dietoterapia, uso adequado da medicação e aderência a atividades físicas, como mostra a fala de E.8.

“Eu vejo a dificuldade maior com relação em casa, e nesse ponto que a gente tá falando agora, dessa insegurança alimentar, de ter pessoas da família para apoiar né, que isso é o mais difícil, e a gente sabe que o diabetes também é muito do emocional né, acontece alguma situação na família ou ele se sente muito sozinho ali pra lidar com essas questões, então isso tudo acaba mexendo, conversando, ou a imunidade mesmo que acaba agravando outros quadros né, aí vai por uma internação por uma outra questão, e aí, enfim, uma coisa levando à outra coisa...” E.8.

Em relação às orientações ligadas a hábitos alimentares, foi salientado pelo grupo a ingesta indiscriminada de alimentos multiprocessados e industrializados como escolha em primeira mão em detrimento aos naturais, como frutas da estação, vegetais frescos, carnes e ovos. Um dos fatores apontados para esta escolha foi o alto custo destes alimentos. Ficou evidenciado nas falas que os alimentos processados e industrializados apresentam custos inferiores aos orgânicos e naturais ou, ainda, pouco processados.

“...vai chegando no final do mês, o que que vão comprar pra nutrir os netos, porque geralmente esses idosos né, ou eles estão sozinhos, ou eles tem que sustentar a família, ainda tem os netos para alimentar... uma grande quantidade de pessoas, e ter que alimentar, e aí acaba se caindo na questão do pão, chimia...” E.8.

Ainda em relação à opção por alimentos processados, foi relatado que são mais fáceis e rápidos de preparar em relação aos orgânicos e naturais, evidenciado nas falas seguintes:

“...tem as hortas, alguns têm... eles também não têm o conhecimento que eles poderiam fazer um alimento mais barato similar... o que que é que eu vou comer? Eu sempre digo: - “pode comer de tudo, mas saber o que vai comer, não é bem de tudo, mas comer, satisfazer e sentir ainda prazer naquela comida, e quantidade... é muita desinformação né...” E.7.

“A questão de praticidade também: tomar um café com pão.” E.5.

“Comer massa branca...” E.7.

“Preparação de salada... muito do entendimento, da cultura da família, essa questão da praticidade...” E.8.

Outro fator apontado pelo grupo foi a pouca adesão ao tratamento medicamentoso. Ficou evidenciado, nas discussões, o receio que os usuários possuem de desenvolver episódios de hipoglicemia e apresentar síncope causada por descompensação glicêmica e precisarem de auxílio de urgência, como foi relatado por E.5.

“Daí eles se assustam mais quando tem que começar uma insulina, começa a aplicar errado e começa a fazer uma hipoglicemia, daí eles vem apavorados, do nada eu tomei e desmaiei por causa da medicação...” E.5.

Em relação aos usuários mais jovens, que representam o seguimento da comunidade economicamente ativa, estes apresentam mais dificuldade de adesão ao tratamento, a exemplo do não comparecimento na unidade de saúde para realização de controle glicêmico, em razão de que os compromissos de trabalho impedem o comparecimento à unidade de saúde em horário comercial.

“...lá no posto tem um problema de controle pra pacientes mais jovens, mais economicamente ativos, eles têm que trabalhar, “e não tenho como perder um minuto do meu dia”...” E.5.

O sentimento de desmotivação e impotência do profissional frente ao tratamento e a prevenção de agravos da doença crônica, especificamente no aspecto da visibilidade dos resultados e na dificuldade para uma abordagem mais

estimuladora, com protagonismo para o autocuidado do usuário com DM, ficou evidenciado no relato de E.4.:

“Eu fico bem decepcionada, eu tô bem insatisfeita com o trabalho porque parece que a gente só enxuga gelo. No trabalho, tu não vê resultado, parece que um trabalho não está sendo assim, acho que a gente falta trabalhar antes deles adoecerem, a prevenção, alguma coisa que eles se sentissem valorizados para se cuidarem, trabalhar a parte da psicologia, atividade física. Se implementasse na comunidade outros projetos que eles se sentissem valorizados, pra eles é o que eles tem, já vem de família não se cuidar, de não se valorizar, então para quê vão se cuidar, falta também essa orientação da conversa, ao invés de só pedir exames e dar medicação, e realmente sentar e conversar, e isso a gente pode fazer.” E.4.

4.3.2.3 Consultas, processo e histórico de enfermagem

Nessa subcategoria, emergiram falas sobre as consultas de enfermagem ao usuário com DM que não ocorrem de maneira sistematizada, quando tampouco há agendas para atendimento programático, como já foi relatado anteriormente. Entretanto, quando um usuário solicita atendimento com objetivo de esclarecimento em relação ao tratamento médico, o enfermeiro realiza a consulta do enfermeiro, de acordo com a disponibilidade de sua agenda de trabalho, conforme E.5.

“Normalmente, os mais idosos vêm assim, o médico explica na consulta, daí quando ele chega em casa, dá meia hora, daí vem a filha, “eu não entendi”, daí a gente explica pra filha, por que daí, de repente, o paciente ficou com dúvida, ficou com vergonha de perguntar ou não conseguiu explicar. Daí a gente explica de novo. Mas consulta do enfermeiro, especialmente para o paciente diabético lá na UBS, não existe, não procuram especificamente para isso.” E.5.

Embora não ocorra agendamento programático a usuários que convivem com DM no dia a dia das unidades de saúde, os usuários que convivem com DM têm buscado atendimento com a enfermeira após resultado alterado de controle glicêmico realizado na UBS, conforme relato de E.4.

“...quando o paciente chega com uma escuta ou a técnica chama com Hgt alterado, ela chama a gente e a gente com orientações, como o que comeu ontem, tomou a medicação hoje, principalmente na segunda-feira porque eles ultrapassam os limites no final de semana...” E.4.

No município, há rotinas e fluxos estabelecidos relacionados à dispensação de insumos, como insulina, seringas para insulina e lancetas, tanto para usuários que convivem com DM quanto para as unidades de saúde. No entanto, as enfermeiras

demonstraram conhecimento superficial acerca das rotinas e fluxos, como evidenciado na fala de E.7.

“Quando a gente foi pra UBS1, eu fiz um pedido das seringas de insulina, não vieram o suficiente, veio bem pouquinha, tive que pedir emprestado da UBS2, e de repente é isso que tá acontecendo, de eles reutilizarem. Eu não sei a quantidade...” E.7.

Neste aspecto, ressalta-se que as seringas, agulhas e lancetas são dispensadas aos usuários na Farmácia Municipal e não nas unidades de saúde, enquanto os insumos dispensados às unidades de saúde são de uso exclusivo da equipe, o que também é evidenciado na fala de E.1.

“...eu não sei qual o número que eles dão, se é o número certo que eles dão na farmácia, se é um número certo, e aí isso é uma queixa, e a gente percebe que eles deixam de fazer porque não têm seringa e a agulhinha.” E.1.

Em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem, quando o tema foi abordado pela pesquisadora, as enfermeiras ficaram em silêncio. Somente duas enfermeiras (E3 e E4) responderam que nada sabiam sobre o tema.

4.4 REALIZAÇÃO DE PESQUISA DOCUMENTAL PARA EMBASAR A ELABORAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM COMO PARTE CONSTITUINTE DO PE

A partir de pesquisa documental realizada em sites da Universidade Federal de Pelotas, Estratégia de Saúde da Família Pelotas/RS¹, Liga de Diabetes do Curso de Medicina², Secretaria Municipal de Gestão e Controle-Campinas/SP, Conselho Federal de Farmácia³ e Ministério da Saúde: Plano de Reorganização da Atenção da Atenção à Hipertensão arterial e ao *Diabetes Mellitus*⁴, os documentos foram avaliados e analisados e, deles, foram destacados aspectos importantes que podem

¹ Disponível em:

https://dms.ufpel.edu.br/p2k/biblioteca/ficha_espeelho/FICHA_ESPELHO_HAS_E_DM.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.

² Disponível em: https://www.uniube.br/propepe/ligas/diabetes/arquivos/exame_fisico.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.

³ Disponível em: <http://app.calc.med.br/index.pl?form=9421&act=printForm>. Acesso em: 30 nov. 2022.

⁴ Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/HIPERDIA/manuais/FAcomp_Hiper_Dia_v1.3.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.

constar no histórico de enfermagem para qualificar as informações necessárias para o cuidado qualificado ao usuário com DM.

A seguir estão as informações relacionadas à pesquisa documental de fichas de anamnese, históricos de enfermagem conforme o local ou Instituição de origem e, ainda, na coluna “Destaques – Observação”, estão descritos os aspectos que chamaram a atenção da pesquisadora no sentido do potencial de utilização para subsidiar a construção do Instrumento para Guiar o Histórico de Enfermagem (Quadro 2).

Quadro 2 – Informações sobre locais de conteúdo e observações importantes levantadas na pesquisa documental

Instituição/Local	Conteúdo relacionado ao histórico de enfermagem	Destaque – Observação
Universidade Federal de Pelotas Estratégia de Saúde da Família Pelotas/RS Ficha espelho	Dados do paciente Dados antropométricos Dados clínicos	
Ambulatório de diabetes/ Curso de Medicina/ Liga de Diabetes	Dados do paciente Dados antropométricos Ganho ou perda de peso Avaliação: febre, pele, acuidade visual, infecções, sistema cardiorrespiratório, digestivo, respiratório, digestivo, gênito-urinário, linfo-hematopoiético, neuropsíquico, sono, compulsão alimentar, locomotor, antecedentes familiares, obesidade, hipertensão síndrome metabólica, hipotireoidismo autoimune.	Diarreia, constipação, gastroparesia diabética, neuropatia periférica, claudicação intermitente.
Prefeitura Municipal de Campinas/ Secretaria Municipal de Gestão e Controle- Campinas/SP	Dados do paciente Participação em grupos educação em saúde Medicamentos de uso contínuo Exames de sangue Exame de fundo de olho Antecedentes familiares Fatores de risco Tabagismo Automonitoramento de glicemia	Participação em grupos educação em saúde Automonitoramento de glicemia

Instituição/Local	Conteúdo relacionado ao histórico de enfermagem	Destaque – Observação
Conselho Federal de Farmácia	Dados do paciente Dados antropométricos Circunferência abdominal Prática de exercícios físicos Hábitos alimentares Comorbidades Medicações de uso continua História familiar	
Plano de Reorganização da Atenção da Atenção à Hipertensão arterial e ao <i>Diabetes Mellitus</i>	Dados de identificação do paciente Dados clínicos Dados antropométricos Fatores de risco Fatores de risco Comorbidades Antecedentes Familiares Tabagismo Pé diabético Sedentarismo Amputação por diabetes Sobrepeso/Obesidade Doença Renal Hipertensão Arterial Medicamentos de uso contínuo	Amputação por diabetes

Fonte: Elaborado pela autora

4.5 CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA GUIAR A ELABORAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM VOLTADO AO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM DM, PROMOVENDO A IMPLANTAÇÃO DO PE

A partir das falas identificadas no grupo focal e na pesquisa documental realizada nos sites, foi criado um instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem. Esse instrumento, chamado de Histórico de Enfermagem ou Coleta de Dados, corresponde à primeira etapa do PE, que contempla cinco etapas distintas que se interrelacionam entre si, sendo elas a Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), o Diagnóstico de Enfermagem, o Planejamento de Enfermagem, a Implantação e Avaliação de Enfermagem. A seguir, será apresentado o Instrumento para Guiar o Histórico de Enfermagem.

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ SUS _____ Endereço: _____ _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: ___ Estado Civil: _____ Data do diagnóstico de DM ___/___/___ Profissão: _____ Escolaridade: _____ Telefone de contato: _____ Telefone de contato de familiar: _____ UBS de referência: _____ Profissional de referência: _____ Classificação de DM: ()DMI ()DMII ()DMG ()Intolerância à Glicose ()Pré-Diabetes Alergias: _____

2. MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	DATA	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	DATA	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	DATA

3. EXAMES

EXAME	Conduta	Data	EXAME	Conduta	Data
Glicemia de jejum <i>1x ano: se DM baixo e médio risco 2x ano: se DM alto ou muito alto risco</i>	GJ >= 300 encaminhamento médico imediato	___/___/___			
Hemoglobina glicada (HbA1c) <i>2 x ano se DM baixo ou médio risco 4 x ano se DM alto ou muito alto risco</i>	HbA1 =>10% encaminhamento medico imediato	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<i>Perfil lipídico – Colesterol total, HDL, Triglicerídeos 3 e 6 meses após início das estatinas, após anual</i>		___/___/___	___/___/___		
Creatinina sérica <i>1x ano DM baixo ou médio risco 2x ano se DM alto risco 4 x ano se DM muito alto risco</i>	Repetir 3 meses se TFG alterada	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Exame sumário de urina <i>1x ano: se DM baixo, médio ou alto risco 2x ano: se DM muito alto risco</i>		___/___/___			
Albumina em amostra isolada de urina <i>1x ano</i>	Nova coleta em 3 meses se alterada	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
ECG de repouso <i>1x ano: se DM baixo médio ou alto risco 2x ano se DM muito alto risco</i>		___/___/___			

4. EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__
Antropometria: Altura					
Antropometria: IMC (kg/M2)					
Antropometria: Peso					
Avaliação: abdome					
Avaliação: aparelho respiratório					
Avaliação: cabeça					
Avaliação: cintura					
Avaliação: Msis					
Avaliação: Pele					
Avaliação: pés					
Avaliação: pescoço					
Avaliação: tireoide					
Perda ou ganho de peso					
Pressão arterial					
Tabagismo					
Temperatura axilar					

AVALIAÇÃO	DATA __/__/__		DATA __/__/__		DATA __/__/__		DATA __/__/__	
	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE
Relato de dor, queimação e dormência que tipicamente melhoram com o exercício								
Ressecamento vaginal								
Sensação de plenitude gástrica								
Unhas hipotróficas, encravadas ou micóticas								

6. COMORBIDADES

COMORBIDADES	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__
HAS					
Doença renal					
Angina					
Obesidade					
AVC					
Pé diabético					
Retinopatia					
Cegueira					
Amputação					
Neuropatia					

7. ESTILO DE VIDA

ESTILO DE VIDA	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__
Hábitos alimentares	<input type="checkbox"/> Segue dieta alimentar <input type="checkbox"/> Não segue dieta alimentar <input type="checkbox"/> Segue em parte dieta alimentar	<input type="checkbox"/> Segue dieta alimentar <input type="checkbox"/> Não segue dieta alimentar <input type="checkbox"/> Segue em parte dieta alimentar	<input type="checkbox"/> Segue dieta alimentar <input type="checkbox"/> Não segue dieta alimentar <input type="checkbox"/> Segue em parte dieta alimentar
Prática de atividade física	<input type="checkbox"/> não realiza <input type="checkbox"/> realiza de 1 a 3 vezes/semana <input type="checkbox"/> realiza mais de 4 vezes/semana	<input type="checkbox"/> não realiza <input type="checkbox"/> realiza de 1 a 3 vezes/semana <input type="checkbox"/> realiza mais de 4 vezes/semana	<input type="checkbox"/> não realiza <input type="checkbox"/> realiza de 1 a 3 vezes/semana <input type="checkbox"/> realiza mais de 4 vezes/semana

ESTILO DE VIDA	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__
Histórico familiar	<input type="checkbox"/> possui familiar com DM <input type="checkbox"/> não possui familiar com DM	<input type="checkbox"/> possui familiar com DM <input type="checkbox"/> não possui familiar com DM	<input type="checkbox"/> possui familiar com DM <input type="checkbox"/> não possui familiar com DM
Conhecimento sobre a doença	<input type="checkbox"/> possui conhecimento <input type="checkbox"/> não possui conhecimento	<input type="checkbox"/> possui conhecimento <input type="checkbox"/> não possui conhecimento	<input type="checkbox"/> possui conhecimento <input type="checkbox"/> não possui conhecimento
Conhecimento sobre consequências	<input type="checkbox"/> possui conhecimento <input type="checkbox"/> não possui conhecimento	<input type="checkbox"/> possui conhecimento <input type="checkbox"/> não possui conhecimento	<input type="checkbox"/> possui conhecimento <input type="checkbox"/> não possui conhecimento
Rede de apoio	<input type="checkbox"/> possui _____ <input type="checkbox"/> não possui	<input type="checkbox"/> possui _____ <input type="checkbox"/> não possui	<input type="checkbox"/> possui _____ <input type="checkbox"/> não possui
Estado emocional – Descrever			

8. ORIENTAÇÕES

ORIENTAÇÕES	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__
Atividade física				
Complicações do DM				
Nutrição				
Administração de Insulina SC				
Trocar meias diariamente				
Utilizar meias sem costura ou com costura de dentro para fora				
Evitar andar descalço				
Utilizar meias claras em sapatos fechados				
Atentar para temperatura da água sempre inferior a 37C				
Realizar higiene regular dos pés, secagem cuidadosa, principalmente entre os dedos				
Realizar inspeção diária dos pés e área entre os dedos				

ORIENTAÇÕES	DATA__/__/__	DATA__/__/__	DATA__/__/__	DATA__/__/__
Não usar meias apertadas				
Evitar meias altas				
Inspecionar calçados internamente				
Utilizar calçados adequados ao número				
Utilizar hidratantes, porém evitar a região entre os dedos				
Cortar as unhas em linha reta				
Não utilizar produtos para remover calor				
Reavaliar os pés 1 vez ao ano				
Procurar imediatamente a unidade de saúde se apresentar bolhas, cortes, aranhões e lesões - URGÊNCIA				

9. INSULINIZAÇÃO

ORIENTAÇÕES SOBRE APLICAÇÃO DE INSULINA	DATA__/__/__	DATA__/__/__	DATA__/__/__	DATA__/__/__
Orientar locais para aplicação				
Evitar a aplicação da insulina em um mesmo ponto por pelo menos 14 dias				
Dividir local de aplicação em quadrantes, usar um quadrante por semana				
Espaçar as aplicações dentro de cada quadrante em pelo menos 1 cm cada, movendo-se no sentido horário;				
Espaçar as aplicações dentro de cada quadrante em pelo menos 1 cm cada, movendo-se no sentido horário;				
Espaçar as aplicações dentro de cada quadrante em pelo menos 1 cm cada, movendo-se no sentido horário;				
Para gestantes a partir do último trimestre de gravidez, desaconselhar aplicações na região abdominal				

ORIENTAÇÕES SOBRE APLICAÇÃO DE INSULINA	DATA__/__/__	DATA__/__/__	DATA__/__/__	DATA__/__/__
Orientar a não aplicar insulina em área com lipohipertrofia				
Manter carteira de vacinação atualizada				

10. PLANO DE CUIDADOS

DATA__/__/__	ORIENTAÇÕES	PACTUAÇÃO	COMPORTAMENTO OU ATIVIDADE	QUANDO? COMO? ONDE?	POSSÍVEIS BARREIRAS

11. PRÓXIMA CONSULTA

DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

12. PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA	DATA	DATA	DATA
Assinatura e carimbo	Assinatura e carimbo	Assinatura e carimbo	Assinatura e carimbo
<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

Rastreamento: Pacientes com 45 anos ou mais com tuberculose, hanseníase com idade igual ou superior a 45 anos. A partir dos 18 anos: excesso de peso e um ou mais dos fatores de risco (diagnóstico prévio de DM ou DMG, acantose nigricans; uso de corticoides, antirretrovirais, diuréticos tiazídicos ou antipsicóticos, história familiar da doença, avançar da idade, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional (DMG) e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia (HDL-c < 35 mg/dL e/ou triglicéridos > 250 mg/Dl), ascendência não branca, hipertensão arterial, doença cardiovascular, Síndrome de ovários policísticos.

Na presença de pré-diabetes: recomenda-se reavaliação anual.

5 DISCUSSÃO DA PRIMEIRA ETAPA

Neste capítulo, serão discutidos aspectos relacionados à primeira etapa deste estudo, que contempla: a descrição da Rede de Saúde do Município de São Leopoldo; a identificação, quantificação e descrição do perfil sociodemográfico dos usuários que convivem com DM de APS; a identificação, junto às enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde, sobre como é feita a assistência aos usuários que convivem com DM; a realização de pesquisa documental para embasar a elaboração do Histórico de Enfermagem como parte constituinte do PE; e a construção de um instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com DM, promovendo a implantação do PE.

A APS, que é considerada a porta de entrada e ordenadora do cuidado da RAS, está dividida em três tipos de atendimento: UBS com atendimento de equipes tradicionais, UBS com ESF, que conta com equipes de estratégia de saúde da família e, ainda, UBS Mista, que contempla os dois tipos de equipes. No município de São Leopoldo, a APS é constituída por 22 UBS, sendo 13 as equipes de ESF.

Quanto à cobertura populacional no município de SL-RS, a APS correspondente a 41,62% conforme dados recentes (PMS, 2022). Dados de agosto de 2020, por sua vez, demonstraram uma cobertura de 45,58%, enquanto a cobertura de ESF representou um percentual de 17,48%. No entanto, estes indicadores não acompanham os números estaduais, visto que, no estado do RS, a cobertura da APS, neste mesmo período, representou um percentual de 70,27%, ao passo que a cobertura de ESF representou um percentual de 51,24% (SIAPS, 2022).

Os recursos humanos das UBSs contemplam equipes com enfermeiro, técnico de enfermagem e médico clínico ou médico da saúde da família. Também, na sua minoria, contam com a presença do dentista e ACS, além de ginecologista. Esta conformação pode se constituir em uma fragilidade do sistema de saúde, pois, além do município apresentar uma baixa cobertura de APS em comparação aos números do Estado do RS, conforme já discorrido anteriormente, as equipes não contam com profissionais de outros núcleos, como nutricionistas, profissionais de educação física, assistentes sociais, sanitaristas ou fisioterapeutas, que poderiam qualificar a assistência aos usuários na perspectiva da integralidade do cuidado.

No município de SL-RS, foi identificado um percentual expressivo de usuários que convivem com DM, este correspondente a um percentual de 30,17% dos usuários.

No entanto, é necessário ressaltar que este número não corresponde ao percentual da totalidade da população, mas sim do número de usuários que convivem com DM e que frequentam a unidade, identificados por meio de consulta a prontuários eletrônicos, cuja busca foi realizada por morbidades (HAS, obesidade e DM). Em comparação aos dados do município de Porto Alegre, que possui um percentual de 8,7% de indivíduos com mais de 18 anos com diagnóstico de DM, os números de São Leopoldo são preocupantes (VIGITEL, 2021).

Chama a atenção o número significativo de usuários que não possuem prontuário na UBS, representando um percentual de 18,97%. De acordo com os estudos de Bombarda TB (2022), as inconformidades dos registros estão presentes na vida profissional e fragilizam a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Além disso, estão relacionados aos processos de formação e capacitação dos profissionais, bem como aos investimentos reduzidos em estruturas de informação de dados.

A maioria dos usuários que convivem com DM dentre a população estudada apresentava idade entre 50 e 69 anos. Este dado vai ao encontro das informações do VIGITEL, que apresentam a prevalência do intervalo de idade entre 55 e mais de 65 anos neste público (BRASIL, c2022). Já os estudos de Caldeira *et al.* (2021) indicaram que a maioria dos usuários que convive com DM possuía entre 51 e 60 anos.

Em relação ao sexo dos usuários que convivem com DM, destaca-se a prevalência do sexo feminino no município de São Leopoldo. Os estudos de Muzy *et al.* (2021) corroboram este achado, pois, em sua pesquisa, as mulheres apresentaram maior prevalência de DM em relação aos homens. De acordo com Caldeira (2021), a população feminina também se apresentou maior dentre os pacientes entrevistados, representando 58,7% deles.

Chama a atenção também a carência de informações encontradas em prontuários eletrônicos relacionadas ao grau de escolaridade dos usuários que convivem com DM. Ainda assim, a baixa escolaridade foi mais prevalente, pois a maioria dos usuários frequentou até a quarta série do Ensino Fundamental. Este número corrobora o estudo de Cadeira *et al.* (2021), visto que, em seu estudo, a maioria dos entrevistados possuía diagnóstico de DM, correspondendo a 84%.

Os estudos de Cadeira *et al.* (2021) também corroboram este achado, visto que a maioria dos entrevistados possuía diagnóstico de DM, correspondendo a 84%.

O cuidado ao usuário com DM constitui um desafio para as equipes de saúde no município de São Leopoldo em razão de uma gama de impactações que perpassam a inexistência de agenda programática dos profissionais, o desafio e desconhecimento acerca da patologia e a prevenção de agravos e sequelas, incluindo a inexistência de equipes multiprofissionais que possam apoiar e qualificar os atendimentos dos(as) enfermeiros(as) ao usuário.

Neste sentido, pode-se citar que, embora desafiador, o atendimento ao usuário com DM no município de São Leopoldo possui algumas potências que podem permitir a qualificação da assistência a este usuário. Neste aspecto, conforme os relatos das enfermeiras no grupo focal, pode-se citar que o acolhimento a este usuário é realizado na integralidade, considerando o indivíduo como um todo e não apenas nas especificidades da patologia preponderante (neste caso, especificamente, o DM).

De acordo com os estudos de Silva (2018), o usuário do sistema é um ser complexo, não sendo possível dissociá-lo de seu contexto múltiplo e olhar somente para a doença que ele representa. Contudo, de acordo com os mesmos autores, essa dissociação tem sido praticada no modelo biomédico que aproxima os profissionais da patologia e os afasta do sujeito. Dessa forma, pode ocorrer um afastamento da visão integral do sujeito. Esse modelo fragmentado pode ser gerado pelas próprias demandas diversas geradas pelos usuários, que trazem um conjunto de necessidades. Nesta perspectiva, a dificuldade na realização de abordagem integral do cuidado constitui um desafio ao trabalhador de saúde.

De acordo com os estudos de Ermel (2011), o sentido de integralidade está relacionado a um movimento de médicos americanos conhecido como medicina integral. De acordo com a medicina integral, a integralidade está relacionada à desejável atitude dos profissionais de saúde que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico ou à queixa desse paciente em detrimento de conceber o usuário na sua integralidade.

Em relação ao atendimento nas unidades que podem contar com a presença do profissional Agente Comunitário de Saúde, na visão dos(as) enfermeiros(as) do presente estudo, a assistência se dá de maneira mais qualificada. Este profissional pode articular as ações em saúde relacionadas a orientações básicas sobre estilo de vida saudável, como a ratificação das orientações já recebidas pelo usuário na unidade de saúde ligadas a ações de combate ao sedentarismo, estímulo à realização de atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, baixa ingestão de

carboidratos, utilização correta da medicação e adesão ao tratamento. O ACS também pode orientar o usuário sobre a necessidade de realização dos exames solicitados pelo profissional médico, bem como estimular o usuário a buscar a unidade para realização de controle regular de glicemia capilar.

Um recente estudo de Torres *et al.* (2018) também veio ao encontro das falas das enfermeiras no grupo focal, pois identificou que a VD é efetiva para adesão às práticas de autocuidado em usuários que convivem com DM. Neste estudo, foram observadas mudanças nas avaliações sobre autocuidado de usuários que convivem com DM no grupo que recebeu a visita, bem como melhora na capacidade de tomar decisões, isto somado ao desenvolvimento de habilidades para qualificar o comportamento de autocuidado. Estes resultados demonstram que o empoderamento do usuário pode auxiliá-lo a resolver situações de ordem social, psicológica e clínica do cotidiano, pois influencia na adesão de comportamentos saudáveis enquanto melhora a sua capacidade para cuidar da própria saúde.

Os estudos de Cureus *et al.* (2016) também corroboram a premissa da potência da atuação do ACS na realização das VD, pois pode avaliar a melhoria das práticas de autocuidado com pacientes acompanhados por seis meses, se comparado ao seguimento convencional dos pacientes atendidos exclusivamente nos serviços de saúde, confirmando o efeito benéfico desta estratégia educativa.

As UBS contam, na sua maioria, com equipes tradicionais que contemplam profissionais enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Neste estudo, ficou evidenciado o quanto as UBS que podem contar com equipe multidisciplinar são capazes de qualificar os atendimentos no cuidado à saúde, em especial aos usuários que convivem DM. Contudo, as unidades que não contam com esses profissionais apresentam várias limitações, principalmente no que se refere às orientações específicas de diferentes núcleos profissionais, como as de nutricionistas, profissionais de educação física, assistentes sociais, psicólogos, entre outros.

Dessa forma, salienta-se a importância do combate ao sedentarismo, alcançado pelas práticas regulares de atividades físicas. Neste aspecto, evidencia-se os estudos de Gamba *et al.* (2018), que demonstram a relação inversa entre o nível de atividade física e o surgimento de complicações crônicas, bem como de diversos fatores de risco cardiovascular em indivíduos com DMII.

Os estudos de Gamba *et al.* (2018) reforçam a importância do suporte da equipe multidisciplinar apontada nesta pesquisa, mais especificamente do profissional

de educação física, pois identificou que alterações fisiológicas, como diminuição da atividade física, distúrbios do sono, má alimentação e aumento da obesidade central, não estão somente relacionadas ao envelhecimento do indivíduo, mas também aos padrões de estilo de vida. O DM tipo 2, se não tratado e bem controlado, com o passar do tempo, pode produzir severos danos potencialmente fatais, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, cegueira, impotência, acometimento renal, úlceras e amputações de membros inferiores.

Entretanto, algumas complicações podem ser evitadas, sendo possível, ainda, que o usuário com DM usufrua de uma vida com qualidade a partir da adoção de um estilo de vida saudável com suporte social. Neste sentido, a atividade física exerce um papel de fundamental importância na qualidade de vida da pessoa com DM tipo 2 e deve ser realizada de forma regular, sistemática e orientada por um profissional de Educação Física, como integrante de uma equipe multidisciplinar, abordando as suas reais necessidades. Evidências indicam que a prática de atividade física permite aumentar aproximadamente vinte vezes a utilização de glicose pelo músculo (GAMBA *et al.* 2018).

A adesão do usuário com DM ao seu tratamento constitui um desafio que os profissionais de saúde, em especial os(as) enfermeiros(as), enfrentam no seu cotidiano. Foi identificado, neste estudo, que vários usuários relatam o receio de desenvolverem crises de hipoglicemia e ficarem inconscientes após o uso de insulina. Esta constitui uma das razões apontadas, no grupo focal, pelas quais o usuário não adere adequadamente ao tratamento medicamentoso.

Esta pesquisa corrobora os estudos de Nery (2008), pois, segundo as informações colhidas dos(as) enfermeiros(as) neste estudo, os usuários que convivem com DM também apresentam episódios de hipoglicemia. Em seu estudo, discorre que essas condições, além de serem desconfortáveis, trazem constrangimento ao usuário com DM. Além disso, coloca que eventos de hipoglicemia que ocorrem durante algumas atividades de risco, como a direção veicular, podem resultar em acidentes com o paciente e terceiros. A recuperação neurológica geralmente é total após a correção de coma hipoglicêmicos. No entanto, quando esses episódios ocorrem repetidamente, podem causar distúrbios cognitivos definitivos.

A adesão ao tratamento tem como definição clássica a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com a orientação médica no que se refere, por exemplo, ao uso da medicação, ao seguimento de dietas, a

mudanças no estilo de vida ou à adoção de comportamentos protetores de saúde. (PACE *et al.*, 2014, p. 269)

De acordo com estudos de Pace *et al.* (2014), o percentual de indivíduos que não aderem adequadamente ao tratamento representa aproximadamente o intervalo de 7% a 64% do total de usuários que convivem com DM. Além disso, foi identificado que indivíduos com doenças crônicas e que apresentam poucos ou nenhum sintoma são mais propensos a não aderir ao tratamento. A ausência de queixas físicas pode representar desmotivação para aderir ao tratamento, situação que não é observada em usuários que convivem com doenças agudas e sintomáticas. Nessa perspectiva, usuários que convivem com DM, especialmente do tipo 2, tendem a apresentar pouca adesão ao tratamento em razão dos poucos sintomas que a patologia causa, gerando uma impressão errônea de que a medicação é desnecessária para seu quadro clínico.

O conhecimento mais aprofundado acerca da fisiopatologia do DM e do desenvolvimento dos agravos da patologia se constitui um desafio aos(as) enfermeiros(as) da APS do município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, pois foi relatado pelos(as) enfermeiros(as), neste estudo, que necessitam se aprofundar sobre o tema e conhecer os fluxos e o itinerário do usuário na rede de saúde, bem como o fornecimento dos insumos dispensados pela Farmácia Municipal, para que possam qualificar a assistência aos usuários que convivem com DM.

Estudos recentes de Magro *et al.* (2020) descreveram que estas “lacunas de conhecimento”, como ele mesmo coloca, também estão presentes em equipes de enfermagem de outros cenários do país, o que observou ao avaliar o grau de conhecimento dos enfermeiros sobre abordagens específicas relacionadas à função renal de usuários que convivem com DM. O estudo identificou que a maioria dos enfermeiros (91,2%) alegou desconhecimento sobre a relação da elevação do nível sérico da creatinina como indicador para encaminhamento do paciente ao nefrologista. Dados desse mesmo estudo demonstraram que mais da metade (56,1%) dos enfermeiros possui conhecimento sobre os marcadores de lesão renal, porém a maioria deles (96,5%) não os aplica em sua prática clínica. O estudo evidenciou ainda a falta de conhecimento sobre a classificação e estratificação atual das lesões renais agudas pela maioria dos profissionais (86%).

O estudo de Marco *et al.* (2018) aborda também a importância da Educação Permanente no cotidiano dos profissionais de saúde, pois considera que ela pode ser uma estratégia efetiva na capacitação das equipes. É necessário que os serviços

possam oferecer formações capazes de despertar o interesse e a participação do profissional de saúde no efetivo cuidado ao usuário com DM: desde a sua avaliação, acompanhamento e até o tratamento do agravo. Este mesmo estudo demonstrou ainda que, para oferecer uma assistência de qualidade aos usuários, é necessário investimento na formação dos profissionais, considerando que alguns profissionais abordados no estudo dos autores identificaram a necessidade de participar de treinamentos com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Nas UBS do município em estudo, não são realizadas consultas de enfermagem de maneira programática destinadas exclusivamente ao usuário com DM. O que vem ocorrendo são consultas de enfermagem destinadas ao público em geral, para atender as queixas do dia, inseridas nas consultas de saúde da mulher, juntamente com a realização de testes rápidos, ou ainda quando um exame de glicemia capilar (HCG) está alterado. Nesse caso, o usuário é encaminhado para consulta com a enfermeira. Contudo, apesar da disponibilidade de atendimento por parte das(os) enfermeiras(os), essas consultas, quando ocorrem, não possuem regularidade, nem tampouco são sistematizadas com cumprimento das etapas do PE, conforme segue: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Os achados de Geremia *et al.* (2020) preconizam que a Consulta do Enfermeiro para usuários que convivem DM pode viabilizar um cuidado de enfermagem integral e resolutivo, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção do desenvolvimento de complicações, deixando de ter apenas papel curativo. Conforme estes autores, a consulta do Enfermeiro na assistência ao usuário com DM deve ser baseada nas necessidades identificadas em criteriosa avaliação realizada por meio histórico de enfermagem, valorizando o conhecimento das condições de vida daquele indivíduo, bem como suas queixas relatadas na consulta, as quais já podem sinalizar complicações do DM. Entretanto, conforme os depoimentos apresentados neste mesmo estudo, e apesar de ser considerada obrigatória no cotidiano do enfermeiro desde o ano de 2002, a CE não vem sendo utilizada como instrumento básico de trabalho na atenção a indivíduos com DM, assim como foi apresentado neste estudo

O cuidado ao usuário com DM constitui um amplo desafio para as equipes de saúde, sobretudo ao profissional enfermeiro, seja pela multifatorialidade de aspectos que envolvem seu tratamento, seja pela formatação das equipes de saúde, que, na maioria das vezes, não contemplam equipes multiprofissionais. Há ainda o preparo

incipiente dos profissionais de saúde para dar conta dos múltiplos aspectos que envolvem o cuidado, que podem perpassar aspectos culturais, biológicos, alimentares, socioeconômicos, familiares, sociais, entre outros tantos que envolvem o cuidado ao usuário com DM.

Nesse íterim, se destaca o papel do profissional enfermeiro, que possui um instrumento potente para sistematizar o cuidado e direcionar e fundamentar as ações em saúde, que é o PE. Conforme Horta (1994), a enfermagem é ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação e de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais.

A pesquisa documental realizada, com utilização de descritores e palavras-chaves, contribuiu com a elaboração do Instrumento para Guiar o Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com DM. Embora tenha sido realizada uma busca ampla em sites com utilização de vários descritores e palavras-chaves, as informações colhidas não foram substanciais. Ainda assim, tais informações contribuíram com a criação do documento.

6 RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA – Validação

A validação de conteúdo foi realizada por juízes *experts* no tema, selecionados segundo critérios de inclusão, com a finalidade de validação do Instrumento para Guiar o Histórico de Enfermagem Voltado ao Atendimento de Usuários que convivem com *Diabetes Mellitus*.

Foi realizada a validação de conteúdo executada por sete *experts*, sendo 42,9% doutores e 57,1% mestres. Deste grupo, 14,3% era do sexo masculino e 85,7%, do sexo feminino. O resultado dos índices de concordância em relação ao critério “Objetivo: propósitos, metas e finalidades” estão apresentados no Quadro 3:

Quadro 3 – Índice de concordância dos juízes sobre os Objetivos do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo

Objetivos: propósitos, metas ou finalidades					
	1 - Discordo n (%)	2 - Discordo parcialmente n (%)	3 - Concordo parcialmente n (%)	4 - Concordo totalmente n (%)	IVC n (%)
1. O instrumento contempla o tema proposto	01 (14,3%)	00	00	6 (85,8%)	6 (85,8%)
2. O instrumento é adequado ao processo de assistência ao usuário com Diabete Mellitus.	00	00	1 (14,3%)	6 (85,8%)	7 (100%)
3. Aborda grau de conhecimento do usuário acerca da doença	1 (14,3%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	4 (57,1%)	5 (71,5%)
4. Proporciona uma coleta de dados satisfatória em relação ao exame clínico	00	00	1 (14,3%)	6 (85,8%)	7 (100%)
5. Aborda informações sobre a rede de proteção, apoio familiar e da comunidade	00	01 (14,3%)	03 (42,9%)	03 (42,9%)	6 (85,8%)
6. Aborda avaliação do pé diabético.	00	00	1 (14,3%)	6 (85,8%)	7 (100%)
7. Aborda administração de medicamentos.	00	00	2 (28,6%)	5 (71,5%)	7 (100%)
8. Aborda administração de insulina subcutânea.	00	00	1 (14,3%)	6 (85,8%)	7 (100%)
9. Aborda informações sobre orientações nutricionais.	00	00	3 (42,9%)	4 (57,2%)	7 (100%)
10. Aborda informações acerca de atividade física	00	00	2 (28,6%)	5 (71,5%)	7 (100%)
11. Realiza abordagem do estado emocional do usuário	1 (14,3%)	00	1 (14,3%)	5 (71,5%)	6 (85,8%)
12. Aborda conhecimento do usuário acerca de sinais e sintomas de alerta para uma emergência.	1 (14,3%)	00	2 (28,6%)	4 (57,2%)	6 (85,8%)
13. Aborda informações sobre morbidades.	00	00	00	7 (100%)	7 (100%)
14. Aborda informações sobre alergias.	1 (14,3%)	00	00	6 (85,8%)	6 (85,8%)
15. Aborda informações sobre vacinação	3 (42,9%)	00	02 (28,6%)	02 (28,6%)	4 (57,2%)

Fonte: Elaborado pela autora

Dos quinze itens avaliados pertencentes ao domínio “objetivo”, treze itens obtiveram percentual maior ou igual a 80% nos critérios avaliados.

No domínio Objetivo, o IDV resultou em 86,67%, como esta demonstrado no cálculo a seguir:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de respostas 3 ou 4} \times 100}{\text{número total de respostas}}$$

$$\% \text{ concordância} = \frac{13 \times 100}{15}$$

$$\% \text{ concordância} = 86,67$$

Os dados referentes ao conteúdo do instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem foram analisados mediante cálculo do percentual de concordância da escala de Likert e considerados adequados, pois o percentual corresponde ao mínimo de 0,8 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

No Quadro 4, a seguir, são abordados os itens quanto ao domínio “Estrutura e Apresentação”.

Quadro 4 – Índice de concordância dos juízes sobre Estrutura e Apresentação para validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo

ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência					
	Discordo n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Concordo n parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	IVC n (%)
16. Apresenta sequência lógica das ideias	00	00	1 (14,3%)	6 (85,8%)	7 (100%)
17. Apresenta tamanho do texto adequado.	00	00	3 (42,9%)	4 (57,2%)	7 (100%)
18. Apresenta estruturação estética adequada.	00	00	3 (42,9%)	4 (57,2%)	7 (100%)

Fonte: Elaborado pela autora

Nesse domínio, foi validada a **Estrutura e Apresentação** para validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo. Os três itens avaliados pertencentes ao domínio **Estrutura e Apresentação** obtiveram percentual maior ou igual à 80% nos critérios validados.

Neste domínio o IDV resultou em 100% e foi considerado adequado, conforme demonstrado no cálculo a seguir:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de respostas 3 ou 4} \times 100}{\text{número total de respostas}}$$

$$\% \text{ concordância} = \frac{3 \times 100}{3}$$

$$\% \text{ concordância} = 1,0$$

No Quadro 5, são descritos os itens referentes ao domínio **Relevância**.

Quadro 5 – Índice de concordância dos juízes sobre Relevância para validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo

RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse					
	Discordo n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	IVC n (%)
19. Desperta motivação para uso pelo profissional	00	00	1 (14,3%)	6 (85,8%)	7 (100%)
20. Contribui para a qualidade da assistência ao usuário com DM	00	00	00	7 (100%)	7 (100%)
21. Contribui para a abordagem integral do usuário.	00	00	02 (28,6%)	05 (71,5%)	7 (100%)

Fonte: Elaborado pela autora

Nesse domínio, foi validada a **Relevância: significância, motivação e interesse** do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo. Os três itens avaliados pertencentes a este domínio obtiveram percentual maior ou igual à 80% nos critérios validados, resultando em 100%, que foi considerado adequado conforme descrito no cálculo a seguir:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de respostas 3 ou 4} \times 100}{\text{número total de respostas}}$$

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de respostas 3 ou 4} \times 100}{\text{número total de respostas}}$$

$$\% \text{ concordância} = \frac{3 \times 100}{3}$$

$$\% \text{ concordância} = 1,0$$

No Quadro 6, está apresentado o IVC geral do instrumento para Guiar o Histórico de Enfermagem.

Quadro 6 – Resultado do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos Domínios do instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem

DOMINIO	FÓRMULA
Objetivos: propósitos, metas ou finalidades	$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"} = 13}{\text{número total de respostas: 15}}$ $\text{IVC} = 0,87$
Estrutura / Apresentação: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"} = 3}{\text{número total de respostas: 3}}$ $\text{IVC} = 1$
Relevância: significância, impacto, motivação interesse	$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"} = 3}{\text{número total de respostas: 3}}$ $\text{IVC} = 1$

Fonte: Elaborado pela autora

Analisando o instrumento de validação no domínio “objetivos”, obteve-se um percentual de concordância total de 0,87 nos critérios: o instrumento contempla o tema proposto; o instrumento é adequado ao processo de assistência ao usuário com DM; aborda grau de conhecimento do usuário acerca da doença; proporciona uma coleta de dados satisfatória em relação ao exame clínico; aborda informações sobre a rede de proteção, apoio familiar e da comunidade; aborda avaliação do pé diabético; aborda administração de medicamentos; aborda administração de insulina subcutânea; aborda informações sobre orientações nutricionais; aborda informações acerca de atividade física; realiza abordagem do estado emocional do usuário; aborda conhecimento do usuário acerca de sinais e sintomas de alerta para uma emergência; aborda informações sobre morbididades; aborda informações sobre alergias; aborda informações sobre vacinação.

Em relação ao domínio “estrutura e apresentação”, obteve um percentual de concordância total de 1 nos critérios avaliados: apresenta sequência lógica das ideias; apresenta tamanho do texto adequado; apresenta estruturação estética adequada e desperta motivação para uso pelo profissional.

Já no domínio "relevância", obteve-se um percentual de concordância total de 1 nos critérios avaliados: desperta motivação para uso pelo profissional; contribui para a qualidade da assistência ao usuário com DM; contribui para a abordagem integral do usuário.

O IVC geral da validação do instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com DM totalizou 0,87.

No Quadro 7, estão descritas, na íntegra, as sugestões e os comentários realizados pelos juízes após a finalização do processo de validação do instrumento para guiar o preenchimento do histórico de enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo.

Quadro 7 – Comentários adicionais dos juízes experts no processo de validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento a usuários que convivem com DM na Atenção Primária do Município de São Leopoldo

Senti falta de perguntas que sejam mais "esclarecedoras" não só para o paciente responder, mas, principalmente, para a profissional que fará a avaliação.
Talvez inserir um "glossário" sobre respostas esperadas em questões que são complexas poderia contribuir para "alinhar" as diferentes avaliações.
O estudo é relevante, tem elevada importância e é interessante que haja alinhamento entre os diferentes profissionais que farão uso do instrumento.
Parabéns e sucesso na conclusão!!!!
Achei realmente muito bom e completo, sobretudo na avaliação e cuidado com os pés e uso da insulina, que pra mim são focos da consulta do Enfermeiro no contexto do DM.
Acho que é bem direcionado ao agravo e deve facilitar muito a avaliação do profissional.
Pesquisa com grande relevância! Enquanto enfermeiras precisamos avançar no cuidado das pessoas com DM, e o instrumento vem para subsidiar esse cuidado. Parabéns.
Parabéns, excelente.

Fonte: Elaborado pela autora

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa seguiu os procedimentos previstos na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012, e na Resolução N.º 510, de 5 de abril de 2016, que incorporam, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética para assegurar os direitos e os deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do coletividades (BRASIL, 2012; 2016).

Para a realização do objetivo “Identificação, quantificação e descrição do perfil sociodemográfico dos usuários que convivem com DM da Atenção Primária de São Leopoldo”, não foi necessária nova aprovação do CEP, pois esse objetivo faz parte do projeto intitulado “*Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul*”, que foi aprovado pelo CNPq edital 27/20, o qual a pesquisadora integra, e está vinculado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem – UNISINOS, já aprovado pelo CEP da Unisinos sob o protocolo N.º 4.701.266. Referente ao estudo com as enfermeiras e validação de conteúdo, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos sob o protocolo N.º 5.207.174.

Os benefícios do estudo estão relacionados aos resultados da pesquisa, que poderão subsidiar a qualificação do PE no atendimento aos usuários que convivem com DM na atenção primária do município de São Leopoldo.

O produto desta pesquisa, que é o instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem, será apresentado ao grupo de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde, em data e local a ser combinado com o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC da Prefeitura Municipal de São Leopoldo, posteriormente à dissertação.

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade e Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE H), assumindo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletadas da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento aos usuários que convivem com doenças crônicas, especialmente no que se refere ao atendimento ao usuário com *Diabetes Mellitus*, constitui um grande desafio para as equipes de saúde, sobretudo aos enfermeiros, uma vez que o cuidado requer deste profissional intervenções propositivas com vistas à integralidade da atenção em saúde.

Dessa forma, se reconhece a consulta do enfermeiro como um potente dispositivo para abarcar o cuidado ao usuário com DM no contexto da sua saúde integral. O objetivo deste estudo foi elaborar e propor um instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com DM como etapa constituinte do PE que contempla cinco etapas. O PE é caracterizado por ser o instrumento orientador do cuidado profissional de enfermagem.

As informações produzidas pelo presente estudo demonstraram a necessidade de discutir os aspectos que visem fortalecer e qualificar os profissionais acerca do complexo cuidado ao usuário com DM. Esta pesquisa possibilitou conhecer o universo de consultas de enfermagem e de desafios e potenciais relacionadas ao cuidado, apresentando informações valiosas de como o cuidado a essa população está efetivamente sendo realizado.

O encontro formativo com os enfermeiros revelou que usuário com DM possui uma complexa necessidade de cuidado e assistência, bem como o desafio de visibilizar este usuário no sentido da visão integral. Com essa pesquisa, ficou evidenciada a necessidade de qualificar os profissionais para que se apropriem e conheçam a respeito do itinerário dos usuários dentro da rede de atenção, que diz respeito às etapas que este usuário percorre desde as consultas programáticas até a dispensação de insumos e medicamentos.

Convém, também, ressaltar a necessidade de os gestores viabilizarem a composição de equipes multiprofissionais para que os profissionais de saúde possam dar conta deste cuidado tão complexo, que é o cuidado ao usuário com DM, em razão dos aspectos biológicos, culturais, econômicos, familiares, educacionais ou, ainda, daqueles relacionados a hábitos de vida que permeiam a saúde deste usuário.

Neste contexto, se identifica a premente necessidade de envolver os profissionais em atividades de educação permanente com objetivo de fortalecer e empoderar o profissional ao cuidado do usuário com DM. Neste aspecto, também se

identifica a importância de proporcionar atividades de educação em saúde, com foco na autonomia e na gestão do autocuidado.

Por outro lado, ficou evidenciada a fragilidade da rede de atenção a este usuário ao avaliarmos a cobertura da APS no município de São Leopoldo, com indicadores de saúde ainda menores do que os índices estaduais.

Em relação às limitações do estudo, pode-se citar os poucos registros já existentes para que pudessem contribuir na pesquisa documental. Embora tenha sido realizada ampla busca em sites, os achados não foram tão substanciais quanto esperado pela pesquisadora. Outro aspecto que pode ser destacado em relação às limitações do estudo é a carência de informações em prontuários dos usuários atendidos na APS.

Dessa forma, aponta-se para a necessidade de discussões com todos os atores da rede de cuidado a respeito dos registros insuficientes e, ao mesmo tempo, para a riqueza que pode advir de um registro bem elaborado. Nesse sentido, o produto final desta pesquisa, que constitui um instrumento que para guiar o Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem DM, poderá qualificar a consulta do enfermeiro na perspectiva de viabilizar o registro que se fará – quanto/quantas vezes(dia/semana)/quando/onde/como – e os aspectos que são de abordagem necessária na consulta do enfermeiro, bem como planificar as ações dos profissionais no cuidado ao usuário com DM na APS.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006. Acesso em: 8 jul. 2020.
- ANDRADE, E. A.; FETT, C. A.; VIEIRA JUNIOR, R. C.; VOLTARELLI, F. A. Exercício físico de moderada intensidade contribui para o controle de parâmetros glicêmicos e clearance de creatina em pessoas com *Diabetes Mellitus* tipo 2. **R. bras. Ci. e Mov**, v. 24, n. 1, p. 118-126, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/859601/exercicio-fisico-de-moderada-intensidade.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2021.
- ANVISA. **Memento fitoterápico**: farmacopeia brasileira. 1ª ed. Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/memento-fitoterapico/memento-fitoterapico.pdf/view>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- AVILA, Luísa Azzolin; FORNO, Maria Vitoria de Lima Dal; EICKHOFF, Camila Brudna; BERLEZI, Evelise Moraes. Prevalência de Hipertensão e Diabetes nas Macrorregiões do Rio Grande do Sul em 2015. **Salão do Conhecimento UNIJUÍ**, Ijuí, v. 6, n. 6, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/18080>. Acesso em: 12 mai. 2021.
- BARBOSA, Júnia Helena Porto; OLIVEIRA, Suzana Lima de; SEARA, Luci Tojal e. Produtos da glicação avançada dietéticos e as complicações crônicas do diabetes. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 22, n. 1, p. 113-124, Feb. 2009. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1415-52732009000100011>. Acesso em: 31 jan. 2021.
- BARRETO, Mayckel da Silva; PRADO, Eleandro do; LUCENA, Ane Caroline Rodrigues Miranda; RISSARDO, Leydiani Karina; FURLAN, Mara Cristina Ribeiro; MARCON, Sonia Silva. Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0005>. Acesso em: 8 abr. 2021.
- BASTOS, Leonor da Silva; ASSIS, Marluce Maria Araújo; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com *diabetes mellitus* em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1417-1426, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700077&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2022.

BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas; FOSS-FREITAS, Maria Cristina; PACE, Ana Emilia. Adesão de pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7167.20140036>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BOAVIDA, José Manuel. Diabetes: uma emergência de saúde pública e de políticas da saúde. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 34, n. 1, p. 1-2, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.03.001>. Acesso em: 31 jan. 2021.

BOMBARDA, Tatiana Barbieri; JOAQUIM, Regina Helena Vitale Torkomian. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 265–273, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2022000200265&lng=pt. Acesso em: 30 nov. 2022.

BORGES, Daiane de Bem; LACERDA, Josimari Telino. Ações voltadas ao controle do *Diabetes Mellitus* na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-178, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811613>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BORGES, Elsie Storch; FERREIRA, Simone Cruz Machado. Validação de instrumento para controle e prevenção e de infecção de sítio cirúrgico em neurocirurgia. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 6, p. 4778-87, dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11256/12876>. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. **Lei N.º 3.820, de 11 de novembro de 1960**. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 1960. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3820.htm. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 26/6 – Dia Nacional do Diabetes. Biblioteca Virtual em Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/26-6-dia-nacional-do-diabetes-4>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientações às farmácias e drogarias credenciadas no “Aqui Tem Farmácia Popular”**. Disponível em: <https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/10/Manual-FPII-versao15.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painéis de Indicadores da APS. Atenção Primária à Saúde, c2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação N.º 3, de 28 de setembro de 2017**. Trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, N.º 36. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/#:~:text=Vigitel%20Brasil%202021%20%3A%20vigil%C3%A2ncia%20de,e m%202021%20%2F%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%2C>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel - Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/vigitel/>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; CANEVER, Bruna Pedroso; ROSA, Luciana Martins da; LOCKS, Melissa Orlandi Honório; MANFRINI, Gisele Cristina; WILLRICH, Gabriela Pereira Bozzetti. *Diabetes mellitus*: estratégias de educação em saúde para o autocuidado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 15, n. 1, p. 1-16, jan. 2021. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246321>. Acesso em: 30 ago. 2021.

CALDEIRA, Lucas Leão; XAVIER, Amanda Tavares; APARÍCIO, Jessica Bianca Ramires; CASTRO, Daiane Nascimento de; MARQUES, Marcelo Rodrigues; CAVALCANTI NETO, Marinaldo Pacífico. Perfil epidemiológico e sociodemográfico de pacientes diabéticos de 3 unidades básicas de saúde do município de Coari-AM. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8093–8105, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13115/11024>. Acesso em: 30 nov. 2022.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 24, n. 1, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/92625>. Acesso em: 30 nov. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução Cofen N.º 358/2009**. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113§ionID=34>. Acesso em: 20 mar. 2021.

COFEN. **Lei N.º 7.498 de 26 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 2 abr. 2021.

CORTEZ, Daniel Nogueira; REIS, Ilka Afonso; SOUZA, Débora Aparecida Silva; MACEDO, Maísa Mara Lopes; TORRES, Heloisa de Carvalho. Complicações e o tempo de diagnóstico do *diabetes mellitus* na atenção primária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 250-255, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500042>. Acesso em: 31 jan. 2021.

CRIVELARO, Patrícia Maria da Silva; POSSO, Maria Belén Salazar; GOMES, Paulo César; PAPINI, Silvia Justina. Consulta do Enfermeiro: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 49310–49321, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13629/11418>. Acesso em: 30 nov. 2022.

CUENCA-VILLALOBOS, Lidia Prisila; URIARTE-SANDOVAL, Mónica Alexandra; RODRÍGUEZ-DÍAZ, Jorge Luis; BITANGA, Melynn Parcon. Uso de la medicina no convencional por pacientes diabéticos. **AMC**, Camagüey, v. 24, n. 1, fev. 2020. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000100008&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 2 ago. 2021.

CUMMINGS, Steven R.; BROWNER, Warren S.; GRADY, Deborah G.; NEWMAN, Thomas B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4ª ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2015.

CUNHA, Ana Lúcia Silva Mirancos da; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 151-160, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 out. 2020.

DAL'IGNA, M. C. Grupo focal na pesquisa em educação: passo a passo teórico metodológico. In: MEYER, D. E.; PARAÍSO, A. **Metodologias de Pesquisas Pós-críticas em Educação**. Belo Horizonte/MG: Mazza Edições, 2012. p. 195- 217.

DEON, Keila Cristiane; SANTOS, Danielle Maria de Souza Sério dos; REIS, Roberta Alvarenga; FEGADOLLI, Claudia; BULLINGER, Monika; SANTOS, Claudia Benedita dos. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS® Atopic Dermatitis Module (ADM). **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 450-457, abr. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 jul. 2020.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; SILOCCHI, Cassiane; SCHWENDLER, Sheila Cristiane; MORIMOTO, Tissiani; MOTTIN, Vitoria Hana Muller; PANIZ, Vera Maria Vieira; BAIRROS, Fernanda Souza de; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Prevalência de *diabetes mellitus* autorreferido em mulheres e fatores associados: estudo de base populacional em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-12, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-4974000300025>. Acesso em: 12 mai. 2021.

FERREIRA, Leandro Tadeu; SAVIOLLI, Israel Hideo; VALENTI, Vitor Engrácia; ABREU, Luiz Carlos. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n. 3, p. 182-8, set./dez. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-613413>. Acesso em: 30 ago. 2021.

FILHO, Bartolomeu; BESSA, Nathalia Priscilla Oliveira Silva; FERNANDES, Ana Clara Teixeira; PATRÍCIO, Ikaro Felipe da Silva. Internações por *Diabetes Mellitus* em idosos brasileiros e suas implicações regionais nos últimos 10 anos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5106>. Acesso em: 2 ago. 2021.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavone; GRANJA, Gabriela Ferreira; ERMEL, Regina Célia. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1135–1141, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, Andréa Tayse de Lima; SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira; RODRIGUES, Cláudia Cristiane Filgueira Martins; ASSIS, Yole Matias Silveira de; BEZERRIL, Manacés dos Santos; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. The paths taken by Brazilian nursing in research: a documentary study. **Online braz j nurs**, v. 16, n. 2, p. 226-237, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175451>. Acesso em: 30 ago. 2021.

GOMES, Renara Meira Gomes Meira; TEIXEIRA, Lucas Silva Teixeira Silva; SANTOS, Maria da Conceição Quirino dos; SALES, Zenilda Nogueira Sales Nogueira; LINHARES, Eliane Fonseca Linhares Fonseca; SANTOS, Kay Amparo Santos Amparo. Sistematização da assistência de enfermagem: revisitando a literatura brasileira. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 40, p. 995-1012, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1167>. Acesso em: 30 ago. 2021.

GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 13^a ed. GEN Barueri/SP: Guanabara Koogan, 2017.

HORTA, Wanda de Aguiar. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USR**, v. 5, n. 1, p. 7-15, 1974. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z3PMpv3bMNst7jCJH77WKLb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IBGE. São Leopoldo (RS). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/sao-leopoldo.html>. Acesso em: 15 abr. 2021.

KOLCHRAIBER, Flávia Cristiane; DE SOUZA ROCHA, Jusceline; JOVÊ CÉSAR, Denise; DE OLIVEIRA MONTEIRO, Odete; ANDRADE FREDERICO, Giovana; ANTAR GAMBA, Mônica. Nível de atividade física em pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2105–16, 2018. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/512>. Acesso em: 30 nov. 2022.

LAVELLE, Dianne; ZEITOUN, Joana; STERN, Marianne; BUTKIEWICZ, Elise; WEGNER, Elfie; REINISCH, Courtney. Diabetes Self-Management Education in the Home. **Cureus**, 25 jul. 2016. Disponível em: <http://www.cureus.com/articles/4754-diabetes-self-management-education-in-the-home>. Acesso em: 30 nov. 2022.

LEITE, Sarah de Sá; ÁFIO, Aline Cruz Esmeralda; CARVALHO, Luciana Vieira; SILVA, Jacqueline Mota; ALMEIDA, Paulo César; PAGLIUCA, Lorita Marlina Freitag. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1635-1641, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2020.

LIMA JUNIOR, Eduardo Brandão; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; SANTOS, Adriana Cristina Omena dos; SCHNEKENBERG, Guilherme Fernando. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 44, p. 36-51, 2021. Disponível em: <https://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/2356>. Acesso em: 30 ago. 2021.

LIMA, Wellington Luiz de; PAULA, Letícia Brazil de; DUARTE, Tayse Tâmara da Paixão; MAGRO, Marcia Cristina da Silva. Conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre fatores de risco para Lesão Renal Aguda. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200215&lng=pt. Acesso em: 30 nov. 2022.

LOPES, Juliana de Lima; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antônio; BARBOSA, Dulce Aparecida; BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 554-60, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/08.pdf>. Acesso em: 4 out. 2020.

LUCOVEIS, Maria do Livramento Saraiva; GAMBA, Mônica Antar; PAULA, Maria Angela Boccara de; MORITA, Ana Beatriz Pinto da Silva. Grau de risco para úlceras nos pés por diabetes: avaliação de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3041-3047, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0189>. Acesso em: 27 jan. 2021.

MELO, Armando Sérgio Emerenciano de; MAIA FILHO, Osterne Nonato; CHAVES, Hamilton Viana. Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 153-159, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1162>. Acesso em: 30 mar. 2021.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7839>. Acesso em: 30 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 34^a ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOREIRA, Luana Ariely Braga; DIAS, Deivid dos Santos; FERNANDES, Petra Kelly Rabelo de Sousa. Aplicabilidade das teorias de enfermagem na assistência de enfermagem. In: Conexão FAMETRO 2017: Arte e Conhecimento, XIII Semana Acadêmica, 2017. **Anais...** Fortaleza/CE: Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, 2018, p. 1-7. Disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-53ace053f9e3592e9ec36fa51d8f2b6a2d495e04-arquivo.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

MORESCHI, Claudete; REMPEL, Claudete; SIQUEIRA, Daiana Foggiato de; BACKES, Dirce Stein; PISSAIA, Luis Felipe; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo. Estratégias Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2899-2906, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0037>. Acesso em: 27 jan. 2021.

MUZY, Jéssica; CAMPOS, Mônica Rodrigues; EMMERICK, Isabel; SILVA, Raulino Sabino da; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Prevalência de *diabetes mellitus* e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000505011&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2022.

NASCIMENTO, Alexandra Bulgarelli do; EGRY, Emiko Yoshikawa. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 861-871, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400861&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2021.

NERY, Márcia. Hipoglicemia como fator complicador no tratamento do diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 2, p. 288–298, mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000200016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2022.

NETO, José Melquiades Ramalho; MARQUES, Daniela Karina Antão; FERNANDES, Maria das Graças Melo; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 162-168, jan./fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>. Acesso em: 30 ago. 2021.

NILSON, E.; ANDRADE, R.; DE BRITO, D. A.; DE OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista panamericana de salud publica**, v. 43, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51945>. Acesso em: 13 mai. 2021.

PEREIRA, Ana Cláudia Costa; CRUZ, Marina Abreu Corradi; BARBOSA, Camila Cardoso; TEIXEIRA, Gabriela Tôrres; PEREZ, Gabriela Santos; MACHADO, Isabel Leste; FREITAS, Ivie Candida; LOPES, Julia Melo Coelho; ASSIS, Luisa Argolo; LOPES, Adriel Gustavo. Relação entre o uso de metformina e a deficiência de vitamina B12 em pacientes com *diabetes mellitus* tipo 2. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. 1-12, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4469.2020>. Acesso em: 30 ago. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: A avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PRADO CAMPOS, Laís; MONTEIRO DE CASTRO LOBO, Lina. Efeitos da restrição de carboidratos no manejo do *diabetes mellitus*: revisão de literatura científica. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 15, abr. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43534/33278>. Acesso em: 1 ago. 2021.

RUBIRA, Letiane de Oliveira; GUTMANN, Victoria Leslyê Rocha; SILVA, Vanessa Machado da; MOTA, Marina Soares; FRANCIONI, Fabiane Ferreira; PIEKAK, Diéssica Roggia; SILVA, Camila Daiane. O autocuidado de homens e mulheres com *Diabetes Mellitus* tipo 2. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11675>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SANTOS, Bruna Pegorer; SÁ, Flávia Mendes de; PESSAN, Jessica Eugenio; CRIVERALO, Laudicéia Rodrigues; BERGAMO, Lívia Nogueira; GIMENEZ, Viviane Cristina de Albuquerque; FONTES, Cassiana Mendes Bertencello; PLANTIER, Gabriel Mendes. Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 566-570, abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SANTOS, Wallison Pereira dos. Abordagens metodológicas utilizadas em intervenções educativas voltadas a indivíduos com *diabetes mellitus*. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 38, p. 260-271, jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38538>. Acesso em: 26 mar. 2021.

SÃO LEOPOLDO. Prefeitura Municipal de São Leopoldo. **Plano Municipal de Saúde de São Leopoldo**: 2018-2021. São Leopoldo: Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/?template=abreAnexos&arquivo=10247&nomeArquivo=Plano%20Municipal%20de%20Sa%FAde%20de%20S%E3o%20Leopoldo%202018-2021&categoriaDownload=1A14>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo/SP: Editora Clannad, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SCARPARO, Ariane Fazzolo; LAUS, Ana Maria; AZEVEDO, Ana Lídia de Castro Sajoro; FREITAS, Mara Rúbia Ignácio de; GABRIEL, Carmen Silva; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SCHMITZ, Eudinéia Luz; GELBCKE, Francine Lima; BRUGGMANN, Mario Sérgio; LUZ, Susian Cássia Liz. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68435>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SERRA, Eliana Brugin; FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira; PASCOAL, Livia Maia; ROLIM, Isaura Letícia Tavares Palmeira. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.48274>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SILVA, Angelomar dos Anjos; FERREIRA Luzia S. Pé diabético: a importância da adesão do tratamento farmacoterapêutico na prevenção das complicações da diabetes. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 7, n. 13, p. 21-27, 2020. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/982>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SILVA, Letícia Aparecida Lopes Bezerra da; MELO, Roberta Crevelário de; ARAÚJO, Bruna Carolina de; BERTOLI, Maritsa Carla de; TOMA, Tereza Setsuko; BOEIRA, Laura dos Santos; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Acupuntura e auriculoterapia no tratamento de diabetes melito tipo 2 em adultos e idosos: Qual é a eficácia/efetividade e a segurança da acupuntura e da auriculoterapia para o tratamento de diabetes melito tipo 2 (DM2) em adultos e/ou idosos? **Fiocruz Brasília Instituto de Saúde**, Brasília, p. 1-17, abr. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102343>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SILVA, Mônica De Fátima Freires da; SILVA, Eliél Martins da; OLIVEIRA, Sarah Lidiane Santos da Silva; ABDALA, Gina Andrade; MEIRA, Maria Dyrce Dias. Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, p. 394, 2018. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2925>. Acesso em: 30 nov. 2022.

SILVA, Silvana de Oliveira; MACHADO, Letícia Martins; SCHIMITH, Maria Denise; SILVA, Laís Mara Caetano da; SILVEIRA, Vanessa do Nascimento; BASTOS, Anderson Cecchin de. Nursing consultation for people with *diabetes mellitus*: experience with an active methodology. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3103-3108, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0611>. Acesso em: 27 jan. 2021.

SOARES, Mirelle Inácio; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues; TERRA, Fábio de Souza; CAMELO, Silvia Helena Henriques. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0611>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SOUSA, Brendo Vitor Nogueira; LIMA, Cláudia Feio da Maia; FÉLIX, Nuno Damácio de Carvalho; SOUZA, Fernanda de Oliveira. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. **J. nurs. health**, v. 10, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/15083/11184>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SOUSA, Cristina Silva; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 990–996, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600026&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2022.

SOUZA, Débora Aparecida Silva; REIS, Ilka Afonso; CORTEZ, Daniel Nogueira; AFONSO, Gesana de Souza; TORRES, Heloísa de Carvalho. Avaliação da visita domiciliar para o empoderamento do autocuidado em diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 350–357, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000400350&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2022.

SOUZA, Leonardo Calil Vicente Franco de; KRAEMER, Gabriela de Carvalho; CARREIRO, Adriana Koliski José Eduardo; CAT, Mônica Nunes Lima; LACERDA, Luiz De; FRANÇA, Suzana Nesi. Cetoacidose diabética como apresentação inicial do diabetes tipo 1 em crianças e adolescentes: estudo epidemiológico no sul do Brasil. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 38, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018204>. Acesso em: 26 mar. 2021.

TANNURE, Meire Chucre. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2017.

TAVARES, Fernanda Maryneve Menezes; TAVARES, Walter de Souza. Elaboração do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2015>. Acesso em: 18 abr. 2021.

TESTON, Elen Ferraz; SPIGOLON, Dandara Novakowski; MARAN, Edilaine; SANTOS, Aliny de Lima; MATSUDA, Laura Misue; MARCON, Sonia Silva. Nurses' perspective on health education in *Diabetes Mellitus* Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2735–2742, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202735&lng=en&tlng=en. Acesso em: 30 nov. 2022.

VALE, B. T. *Diabetes Mellitus*: um problema de saúde pública. **Revista Saúde em Foco**, n. 9, p. 779-783, 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/09/088_DIABETES_MELLITUS_UM_PROBLEMA_DE_SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 5 jul. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA PARA COLETA DE DADOS



Estratégias de intervenção intersetoriais na prevenção e controle de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade na Atenção Primária à Saúde, em um município do Rio Grande do Sul

UNISINOS - PPG Enfermagem - CNPq

FICHA PARA A COLETA DE DADOS

Nome do paciente: _____ Idade: _____

Número do cartão do SUS: _____ Unidade de referência: _____

Altura (m): _____ Peso (kg): _____ IMC (kg/m²): _____ CA (cm): _____

Comorbidades:

HAS: Sim Não Não consta

DM: Sim Não Não consta

Obesidade: Sim Não Não consta

Doença Pulmonar: Sim Não NC

Neoplasias: Sim Não Não consta

Nefropatias: Sim Não Não consta

Fator de risco:

Etilismo: Sim Não Não consta

Tabagismo: Sim Não Não consta

Hemodinâmica e bioquímica:

HAS: Sim Não Não consta

DM: Sim Não Não consta

Obesidade: _____

Colesterol: Valor: _____ Data: _____

Glicose: Valor: _____ Data: _____

Glicemia capilar: Valor: _____ Data: _____

LDL: Valor: _____ Data: _____

HDL: Valor: _____ Data: _____

PA: Data: _____ PAS: _____ PAD: _____

Retirada de fita reagente HGT Julho 2021:

Sim Não Não consta

Escore de Risco de Framingham:

Baixo Moderado Alto

APÊNDICE B – E-MAIL DE CONVITE PARA PARTICIPAR DO GRUPO FOCAL

Prezada colega Enfermeira _____

Estou desenvolvendo meu trabalho do Mestrado Profissional em Enfermagem pela UNISINOS com o título “Desenvolvimento de instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com *Diabetes Mellitus*” sob orientação da Profa. Dra. Vania Celina Dezoti Micheletti.

Essa pesquisa tem por objetivo construir um instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com DM na Atenção Primária do município de São Leopoldo/RS.

Gostaria de contar com a sua participação na reunião que desenvolveremos a técnica de grupo focal que irá ocorrer dia 25 de maio de 2022, na Escola de Gestão, das 8h30 às 09h30, ou das 10h às 11h. Você poderá escolher o horário que melhor lhe convier.

Sua adesão a essa pesquisa é voluntária e consiste em participar deste grupo focal, que é uma entrevista em grupo na qual abordaremos questões sobre a assistência de enfermagem para o paciente com *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária de São Leopoldo. Nosso encontro será gravado e você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízo às suas atividades profissionais. Você poderá solicitar esclarecimentos de dúvidas a qualquer momento, se assim desejar.

Os benefícios deste estudo consistem na utilização dos resultados da pesquisa como subsídio para o planejamento de medidas que visam a criação de um instrumento que guiará o Histórico de Enfermagem, que consiste na primeira etapa da Sistematização do PE. Além disso, servirá como instrumento para embasar o cuidado de enfermagem qualificado ao paciente com *Diabetes Mellitus*.

Neste encontro você receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinará o termo em duas vias. Uma via ficará com você e a outra ficará comigo.

Cláudia Helena Lindenmeyer

Pesquisadora responsável

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Desenvolvimento de instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com *Diabetes Mellitus*” sob a responsabilidade da pesquisadora Cláudia Helena Lindenmeyer, mestranda do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem pela UNISINOS, sob orientação da Profa. Dra. Vania Celina Dezoti Micheletti.

Essa pesquisa tem por objetivo construir um instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com DM na Atenção Primária do município de São Leopoldo/RS.

Sua adesão a essa pesquisa é voluntária e consiste em participar do grupo focal que irá abordar questões sobre a assistência de enfermagem para o paciente com *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária de São Leopoldo. Os encontros, que serão gravados, serão previamente agendados e você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízo às suas atividades profissionais. Você poderá solicitar esclarecimentos de dúvidas a qualquer momento, se assim desejar.

Os riscos aos participantes são mínimos e relacionados com a possibilidade de constrangimento na exposição das dificuldades encontradas durante as consultas de enfermagem ao usuário com DM. Caso isso ocorra, a participante poderá desistir e a pesquisadora irá conversar na tentativa de tranquilizá-la. Além disso, a pesquisadora ficará à disposição para esclarecer dúvidas acerca do estudo.

Sua identidade será preservada e seus dados pessoais serão confidenciais.

Os benefícios deste estudo consistem na utilização dos resultados da pesquisa como subsídio para o planejamento de medidas que visem à implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como instrumento de embasamento ao cuidado de enfermagem qualificado ao paciente com *Diabetes Mellitus*.

Em caso de dúvida, você poderá procurar a pesquisadora responsável, Cláudia Helena Lindenmeyer, pelo contato (51) 99928-7090 ou pelo e-mail claudiahlw@yahoo.com.br.

Esse termo será assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra com a pesquisadora responsável.

Nome do participante

Assinatura do participante

Cláudia Helena Lindenmeyer

Pesquisadora responsável

São Leopoldo, ____ de _____ de 2021.

APÊNDICE D – QUESTÕES DISPARADORAS PARA O GRUPO FOCAL

1. Fale sobre como vocês realizam consulta do Enfermeiro ao usuário com *Diabetes Mellitus*
2. Falem quais as principais dificuldades para a realização ou não realização da consulta do Enfermeiro:
3. Falem sobre a demanda por este atendimento na unidade de saúde:
4. Comentem o que vocês sabem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem:
5. Comentem quais aspectos relacionados à consulta do Enfermeiro vocês consideram necessários constar no Histórico de Enfermagem, que corresponde à primeira etapa do PE.

APÊNDICE E – FORMULÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO PARA GUIAR A ELABORAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

O Instrumento deverá ser avaliado de acordo com os critérios descritos:

- 1 - Discordo;
- 2 - Discordo parcialmente;
- 3 - Concordo parcialmente;
- 4 - Concordo totalmente.

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	1	2	3	4
1. Contempla o tema proposto				
2. Adequado ao processo de assistência ao usuário com Diabete Mellitus				
3. Aborda grau de conhecimento do usuário acerca da doença				
4. Proporciona uma coleta de dados satisfatória em relação ao exame clínico				
5. Aborda informações sobre a rede de proteção, apoio familiar e da comunidade				
6. Aborda avaliação do pé diabético				
7. Aborda administração de medicamentos				
8. Aborda administração de insulina subcutânea				
9. Aborda informações sobre orientações nutricionais				
10. Aborda informações acerca de atividade física				
11. Realiza abordagem do estado emocional do usuário				
12. Aborda conhecimento do usuário acerca de sinais e sintomas de alerta para uma emergência				
13. Aborda informações sobre morbidades				
14. Aborda informações sobre alergias				
15. Aborda informações sobre vacinação				
ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	1	2	3	4
16. Apresenta sequência lógica das ideias				
17. Apresenta tamanho do texto adequado				
18. Apresenta estruturação estética adequada				
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	1	2	3	4
20. Desperta motivação para uso pelo profissional				
21. Contribui para a qualidade da assistência ao usuário com DM				
22. Contribui para a abordagem integral do usuário				

Comentários adicionais:

Fonte: Leite *et al.*, 2018 Adaptado pela autora (2021)

APÊNDICE F – CONVITE PARA PARTICIPAR DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO PARA GUIAR O PREENCHIMENTO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Prezado (a), você está sendo convidado a participar da validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem, da pesquisa intitulada Sistematização de Assistência de Enfermagem no Cuidado ao Usuário com *Diabetes Mellitus*. O estudo está sendo desenvolvido por Cláudia Helena Lindenmeyer, mestranda do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem pela UNISINOS, sob orientação da Profa. Dra. Vania Celina Dezoti Micheletti.

Essa pesquisa tem por objetivo construir um instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários que convivem com *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária do município de São Leopoldo/RS. O Instrumento elaborado terá como objetivo principal facilitar e sistematizar a coleta de informações para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem na Atenção Primária de São Leopoldo. Sua participação consiste na validação do Instrumento para a coleta de informações. Essa pesquisa espera contribuir no aprimoramento da assistência prestada pela enfermeira aos usuários que convivem com *Diabetes Mellitus* na atenção primária de São Leopoldo, ao validar e disponibilizar esse instrumento para utilização no cotidiano do processo de trabalho.

Para participar da pesquisa, é necessário acessar o conteúdo do instrumento que será disponibilizado por um link, para posteriormente responder o questionário, com prazo final de até sete dias após o envio. A resolução do questionário levará em torno de 20 minutos. Ao acessar o link do questionário, você terá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e informações mais detalhadas sobre essa pesquisa, bem como informações sobre a confidencialidade dos dados coletados. Sua participação depende do aceite do TCLE. Ressaltamos que você poderá desistir da participação dessa pesquisa em qualquer etapa do estudo. Desde já, agradeço sua atenção e disponibilidade.

Cláudia Helena Lindenmeyer

Mestranda em Enfermagem – PPG MPE UNISINOS Porto Alegre

XX de XX de 2021.

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da validação do instrumento para guiar o preenchimento do Histórico de Enfermagem, da pesquisa intitulada Desenvolvimento de instrumento para guiar o Histórico de Enfermagem voltado ao atendimento de usuários com Diabetes Mellitus. O estudo está sendo desenvolvido por Cláudia Helena Lindenmeyer, mestranda do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem pela UNISINOS, sob orientação da Profa. Dra. Vania Celina Dezoti Micheletti.

Essa etapa do estudo tem como objetivo validar o instrumento para guiar a elaboração do Histórico de Enfermagem. Sua participação envolverá a validação desse instrumento, por meio de formulário online disponibilizado no *link*. O tempo estimado para responder é de aproximadamente 20 minutos. Você poderá interromper e salvar a avaliação para retomar em outro momento.

Os riscos aos participantes são mínimos e estão relacionados com a possibilidade de algum constrangimento acerca de dúvidas sobre o tema em estudo durante a avaliação e validação do instrumento e/ou no preenchimento do formulário de validação. Você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento e a pesquisadora ficará à disposição para esclarecer o que for necessário. Além disso, seus dados e respostas serão divulgados anonimamente e apenas para o cunho dessa pesquisa. Os benefícios do estudo estão relacionados à possibilidade de contribuição dos resultados para a qualificação dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem na Atenção Primária aos usuários, na prevenção e tratamento de Diabetes Mellitus. Você poderá esclarecer suas dúvidas ou solicitar mais informações sobre o estudo por meio de contato com a pesquisadora.

Com o aceite você se compromete a não divulgar este material até que ela seja validado.

Mestranda Cláudia Helena Lindenmeyer

PPG MPE UNISINOS

APÊNDICE H – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA A UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, pesquisadora responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e em suas complementares. Assumo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletadas da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes.

Assumo, ainda, neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa, que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, pelo que assino o presente termo.

São Leopoldo, ____/____/____.

Cláudia Helena Lindenmeyer
Pesquisadora responsável