

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –  
FACENE/RN

JOSÉ RIBEIRO DA COSTA NETO

**PÉ DIABÉTICO:**  
avaliação da consulta de enfermagem na atenção básica ao paciente diabético

MOSSORÓ  
2011

JOSÉ RIBEIRO DA COSTA NETO

**PÉ DIABÉTICO:**

avaliação da consulta de enfermagem na atenção básica ao paciente diabético

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares

MOSSORÓ  
2011

JOSÉ RIBEIRO DA COSTA NETO

**PÉ DIABÉTICO:**

avaliação da consulta de enfermagem na atenção básica ao paciente diabético

Monografia apresentada pelo aluno José Ribeiro da Costa Neto, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares  
Orientador - FACENE/RN

---

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira  
Membro – FACENE/RN - UERN

---

Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins  
Membro – FACENE/RN

“Dedico essa Monografia a meu pai, que sempre me deu motivação para vencer na vida e me incentivou bastante nessa graduação. Que pena que ele não pode estar aqui nesse momento tão importante da minha vida”.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente **a Deus**, que está me dando força nesse momento tão difícil de minha vida.

A **minha mãe**, Maria Liduina de Paula Braga Ribeiro, que sempre esteve comigo nas situações mais complicada e sempre me deu apoio em tudo que fiz.

Ao **meu orientador**, Francisco Rafael Ribeiro Soares que foi o meu grande “GPS” na construção dessa monografia e praticamente me carregou nas costas. Absorvi bastante com ele e sei que isso me ajudará a caminhar nessa carreira de sucesso.

A **minha namorada**, Rayssa Sibéria de Alexandria Arnaud Rique, que sempre esteve comigo tanto nos momentos felizes quanto nos tristes e sem ela não conseguiria chegar terminar o curso.

“Cada vez que eu me despeço de  
uma pessoa  
Pode ser que essa pessoa esteja me  
vendo pela última vez  
A morte, surda, caminha ao meu  
lado  
E eu não sei em que esquina ela vai  
me beijar”

(Raul Seixas)

## RESUMO

O pé diabético é caracterizado pela lesão cutânea nos membros inferiores que é responsável por grande parte de amputações em todo o mundo. Pode-se dar um enfoque maior nas consultas de enfermagem, onde essas têm que serem realizadas de maneira minuciosa, procurando detectar os possíveis fatores de riscos e principalmente fazer com que o paciente entenda e faça o autocuidado em domicílio que é uma tarefa de grande valia para a prevenção de complicações macro ou microvasculares. O presente estudo objetivou avaliar a consulta de enfermagem na Atenção Básica de Saúde ao paciente diabético. Trata-se de uma pesquisa explicativa de caráter descritivo de abordagem qualitativa, esta pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde. A amostra foi composta por um enfermeiro (a) atuante na Estratégia Saúde da Família no município de Mossoró-RN. O instrumento para a coleta dos dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturada, seguido de um diário de campo aplicado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE-FAMENE João Pessoa-PB, sob o número 145/11 e CAAE 0145.0.351.000-11, haja vista a necessidade da obediência à Resolução CNS 196/96 e Código de Ética dos profissionais de enfermagem. A análise qualitativa foi realizada através da análise de conteúdo discutindo ao método de Bardin (2009). Pode-se observar que há algumas diferenças entre a fala e a prática do enfermeiro, principalmente quando se remete à avaliação dos membros inferiores com vistas à prevenção das úlceras de pé diabético. As orientações sobre mudança de estilo de vida, com melhoria dos hábitos alimentares e prática de atividade física são trabalhadas, porém sem abordar todos os aspectos necessários. O enfermeiro apresenta uma visão ampliada da saúde, ao passo que aponta as condições sócio-econômicas como fatores decisivos nos cuidados da equipe para com os usuários portadores da patologia. Há uma série de fatores que interferem na realização satisfatória de uma consulta de enfermagem ao paciente com diabetes, principalmente aqueles ligados à burocratização do serviço e à sobrecarga de trabalho dos profissionais. Dessa forma, a consulta de enfermagem para a prevenção do pé diabético não está sendo realizado de forma efetiva como preconiza o Ministério da Saúde e os consensos internacionais, apesar de o profissional apresentar uma boa carga de conhecimentos teóricos sobre os aspectos ligados à doença. Isto acontece em virtude tanto de um excesso de trabalho, atividades e de burocratização na Estratégia Saúde da Família, quando em decorrência de rotinas internas da equipe.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Pé Diabético. Enfermagem de Atenção Primária.

## ABSTRACT

The diabetic foot is characterized by cutaneous lesion in the lower limbs which is responsible for a great part of amputations worldwide. A Greater focus on nursing appointments could be given because they have to be performed thoroughly, trying to detect possible risk factors and especially to make the patient understand and make self-care at home which is a task of great value in preventing macro or microvascular complications. This study aimed at evaluating the nursing consultation in Primary Health Care to the diabetic patient. It is an explanatory and descriptive study with qualitative approach, This research was carried out in the Basic Health Unit. The sample consisted of nurses who work in the Family Health Strategy in the city of Mossoró-RN. The instrument for data collection was a semi-structured interview guide followed by a field diary applied after project approval by the Ethics Committee of FACENE-FAMENE João Pessoa-PB, with the number 145/11 and 0145. 0.351.000-11, given the necessity of obedience to Resolution CNS 196/96 and to the Ethics Code of nursing professionals. Qualitative analysis was performed using content analysis discussing the method of Bardin (2009). It can be seen that there are some differences between speech and practice of the nurse especially when it refers to the evaluation of lower limbs in order to prevent diabetic foot ulcers. The orientations on change of lifestyle, such as improved diet and physical activity are worked but without treating every required aspect. The nurse has a broader view of health, while pointing the socio-economic conditions as decisive factors in the staff care for users carriers of the disease. There are a number of factors that interfere in the satisfactory completion of a nursing consultation for patients with diabetes, especially those related to bureaucratization of service and to the workload of professionals. Thus, nursing consultation for prevention of diabetic foot is not being performed effectively as recommended by the Ministry of Health and international guidelines, although the professional presents a good load on the theoretical aspects of the disease. This is both because of an excess of work, activities and bureaucratization in the Family Health Strategy, as a result of internal routines of the staff.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Diabetic Foot. Primary Care Nursing.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1 HIPÓTESE .....	12
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
3.1 CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE MAIS JUSTO E EFETIVO...	16
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	21
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	21
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	21
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	22
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	22
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	23
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	27
4.8 FINANCIAMENTO .....	25
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS DADOS .....</b>	<b>26</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De um modo geral, o diabetes mellitus é denominado uma doença de caráter crônico-degenerativa que acomete milhares de pessoas em todo o mundo. É caracterizado por uma deficiência na produção de insulina que vai levar a uma diminuição dos seus níveis normais, e consequentemente ao acúmulo de glicose na corrente sanguínea ou por problemas na sua ação, em decorrência normalmente da resistência à insulina.

O diabetes é um conjunto de doenças metabólicas que é acompanhado por hiperglicemia e possíveis complicações que podem ser macrovasculares ou microvasculares acometendo principalmente os órgãos-alvo como: rins, olhos, coração e vasos sanguíneos. Sua etiologia pode ser por defeitos nas células beta do pâncreas, onde os anticorpos destroem as células desse órgão por entenderem que elas são corpos estranhos ou pela produção insatisfatória de insulina (BRASIL, 2006).

A diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias. Hoje estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (IBGE, 2005 apud BRASIL, 2006 p. 9).

Um dos principais motivos do diabetes ser uma doença com alta taxa de morbimortalidade no Brasil é a falta de conhecimento da doença pelos portadores e pela ausência de informações que deveriam ser repassadas pela equipe multidisciplinar da estratégia saúde da família.

Devido ao diabetes ser uma patologia com alto grau degenerativo e seus portadores terem dificuldades de monitorar e controlar os níveis glicêmicos através de testes rápidos de glicemia capilar ou por meio de alimentações saudáveis e

atividades físicas regulares, as complicações vêm deixando um prejuízo na população acometida dessa doença. Isso é evidenciado por ser difícil reverter esse dano quando ele é instalado no paciente. As complicações mais comuns são as úlceras nos membros inferiores que são responsáveis pela maioria das amputações nos pacientes diabéticos e também podem ser citadas as retinopatias que contribuem para casos de cegueiras, as de vasos sanguíneos que contribuem para o aparecimento de cardiopatias. Por ter um início silencioso, vem acometendo muitas pessoas levando a incapacidades físicas.

A neuropatia periférica se instala em 40% dos diabéticos após 15 anos de doença, 20% dos diabéticos tipo 1 apresentam quadro de nefropatia e, nesta mesma duração, independente do tipo de diabetes, 15% apresentam retinopatia, causa importante para a cegueira. Quanto à doença vascular periférica, esta poderá estar presente em 45% dos diabéticos com mais de 20 anos de doença, estimando-se que 15% desenvolverão úlceras nos membros inferiores, gangrenas e amputações (FOSS et al., 1989 apud PACE et al, 2002, p.517).

O pé diabético é caracterizado pela lesão cutânea nos membros inferiores que é responsável por grande parte de amputações em todo o mundo (OCHOA-VIGO, 2005). Grande parte dessas amputações poderiam ser evitadas se acontecesse um acompanhamento mais intenso do paciente e da equipe de saúde da Estratégia Saúde Família. Para que o acompanhamento aconteça de forma correta é necessária uma maior fundamentação teórica-prática dos profissionais de saúde para poder repassar as informações corretas aos seus usuários, associando a uma melhoria das condições de trabalho na Estratégia Saúde da Família e nas condições de vida dos portadores da Diabetes Mellitus.

A não adesão a essa prevenção pode resultar em diminuição da expectativa de vida nesses pacientes. De acordo com alguns dados, portadores que se submeteram à primeira amputação poderá sofrer a segunda amputação em poucos anos (OCHOA-VIGO, 2005).

A equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família tem um papel importantíssimo na prevenção dessas lesões, onde a avaliação detalhada do pé do diabético é um dos fatores que pode diminuir drasticamente os números de amputações dos membros inferiores (OCHOA-VIGO, 2005). Com isso os números de internações em hospitais caíram bastante. Contudo o paciente diabético acometido por lesões nos membros inferiores sofre com desconforto na cicatrização

dessa lesão, que acomete não só o paciente, mas todos os familiares cuidadores da pessoa portadora da doença. Então é imprescindível que o enfermeiro faça uma avaliação do pé, examinando se houve perda sensitiva ou motora e traçar estratégias que possam evitar complicações futuras e aconteça uma melhora no estilo de vida.

O grande foco ao destacar a prevenção do pé diabético é que essa lesão vem deixando os portadores do Diabetes muito mais tempo internados em hospitais, sobrecarregando e encarecendo os serviços públicos de saúde, já tão sobrecarregados, além de interferir nos serviços de previdência social, com benefícios e aposentadorias por invalidez.

A ESF engloba uma gama de requisitos e responsabilidades, os quais podemos destacar: Assistência à saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso e por fim o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellito, que é uma estratégia onde diversas medidas de promoção à saúde dos pacientes portadores de diabetes e hipertensão são executadas visando à prevenção de complicações (FONTINELE JUNIOR, 2008).

Para que essa assistência aconteça de forma satisfatória é necessário que o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde tenham um elo de comunicação. Cada membro dessa equipe tem sua competência, onde o médico realiza as consultas e promove ações educativas e preventivas em saúde, o enfermeiro é responsável pelas consultas e pelos cuidados de enfermagem, tanto em domicílio quanto em ambulatório, já os agentes comunitários são responsáveis pelas visitas domiciliares para saber os anseios da população, esse membro da equipe desenvolve o mapeamento da área e o cadastramento das famílias (FONTINELE JUNIOR, 2008).

Diante de tantos programas oferecidos pela ESF, pode-se destacar o HIPERDIA. São realizadas diversas palestras educativas na Unidade de Saúde, consultas de enfermagem que vão abordar as necessidades de cada patologia, entrega de medicamentos, ações e atividades educativas. Pode-se dar um enfoque maior nas consultas de enfermagem, onde essa tem que ser realizada de maneira minuciosa, procurando detectar os possíveis fatores de riscos e principalmente fazer com que o paciente entenda e faça o autocuidado em domicílio que é uma tarefa de grande valia para a prevenção de complicações macro ou microvasculares.

Os incentivos a uma alimentação mais saudável e a práticas de atividades físicas são de suma importância para o melhor funcionamento da vascularização e possivelmente para a melhoria da qualidade de vida.

O enfermeiro junto com a equipe multidisciplinar da unidade básica de saúde deve manter um elo com o paciente diabético para que esse possa fazer o autocuidado, que é uma das formas do paciente compreender melhor a doença, e conseqüentemente manter um maior controle da doença. Para que isso aconteça é necessário realizar consultas periodicamente de diversas áreas especializadas no assunto.

O enfermeiro desenvolve um papel muito importante na prevenção de complicações dos pacientes diabéticos. É necessário que estes detenham uma gama de conhecimentos (e claro uma estrutura física da unidade de saúde e condições adequadas de trabalho) para que a consulta se realize de forma clara e objetiva e que o portador possa identificar as alterações e que possa realizar a monitoração da glicemia e o autocuidado com os membros inferiores.

Este trabalho foi realizado devido ao pesquisador participante notar falhas nas consultas de enfermagem ao paciente diabético (HIPERDIA), já que o mesmo participava enquanto usuário da atenção básica. Logo, essa indignação despertou o interesse de desenvolver uma pesquisa onde contribuísse para a melhoria da consulta de enfermagem na atenção básica ao paciente diabético, e servir de método comparativo para que desperte nos profissionais o interesse em realizar uma consulta de enfermagem mais minuciosa, assim como é preconizado pelo Ministério da Saúde e futuramente servir como bibliografia para possíveis estudos na academia.

Com todos os argumentos externados nessa introdução, podemos indagar: até que ponto a consulta de enfermagem ao paciente diabético, na atenção básica, aborda os aspectos relacionados à prevenção de úlceras de pé diabético?

## 1.1 HIPÓTESE

O enfermeiro, profissional da atenção básica, não consegue realizar uma consulta de enfermagem detalhada, pois possui várias atribuições burocráticas para executar em uma unidade básica de saúde; há falta de materiais físicos, estruturais e humanos adequados para ajudar a conduzir uma boa consulta de enfermagem

visando à intervenção das complicações de doenças; e a demanda de atendimentos de pacientes cadastrados no HIPERDIA extrapola a quantidade adequada para manter a qualidade do atendimento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar a consulta de enfermagem na Atenção Básica de Saúde ao paciente diabético.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem durante abordagem ao paciente em relação às mudanças de estilo de vida;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem durante abordagem ao paciente em relação à inspeção da motricidade e da sensibilidade dos membros inferiores;
- Averiguar o conhecimento dos profissionais de enfermagem durante abordagem ao paciente em relação às complicações agudas do diabetes;
- Identificar os determinantes que influenciam durante a consulta de enfermagem ao paciente diabético.

### 3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

O diabetes mellitus (DM) é uma união de doenças metabólicas evidenciada por hiperglicemia e esse aumento de glicose no sangue pode ser decorrente de problemas na produção de insulina, na sua ação ou os dois problemas associados (SMELTZER et al,2009).

A hiperglicemia é a principal manifestação clínica do diabetes que pode vir acompanhada de complicações crônicas, tais como: macrovasculares, que são espessamento dos vasos sanguíneos e as microvasculares, que podem ser: retinopatia, nefropatia e as neuropatias. As complicações agudas podem ser uma alteração nos níveis de glicose no sangue, tanto em níveis altos como baixos (SMELTZER et al, 2009). O DM é classificado de acordo com a etiologia ou processo específico, da insulina, em que os mais conhecidos são: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 e o diabetes gestacional (BRASIL, 2006).

O diabetes tipo 1 é caracterizado pela ausência de produção de insulina pelo pâncreas. Devido esta ser uma doença autoimune, os próprios anticorpos destroem as células beta do pâncreas que são responsáveis pela produção de insulina (BRASIL, 2006). Sua causa está associada a fatores externos, genéticos e imunológicos e dificilmente a uma causa desconhecida (SMELTZER et al, 2009).

O diabetes tipo 2 é mais frequente devido a estar associado a hábitos alimentares, sendo responsável por cerca de 90% de todos os casos. Raramente o indivíduo terá que fazer aplicações de insulina porque o pâncreas ainda produz insulina, mas esse hormônio tem sua produção diminuída devido a problemas nas células beta e por consequência acumula uma grande quantidade de glicose circulante na corrente sanguínea (BRASIL, 2006). Tendo como fator principal a intolerância a glicose, onde normalmente a insulina se liga aos receptores das células, nessa síndrome sua eficiência é diminuída provocando assim um acúmulo de glicose no sangue (SMELTZER et al, 2009).

O diabetes gestacional é classificado quando a gestante tem uma deficiência da insulina de captar a glicose na corrente sanguínea. Evidenciado pela alta produção de hormônio placentário durante a gestação. A secreção desse hormônio vai impedir que a insulina desenvolva seu papel adequado no organismo. Importante salientar que este tipo de síndrome não se enquadra ainda como estágio de Diabetes, mas sim como um estágio pré-clínico (SMELTZER et al, 2009).

Sabe-se que o diabetes é um problema de saúde pública, pois as suas complicações agudas e crônicas causam transtornos que afetam diretamente a População Economicamente Ativa, influenciando nos modos de produção social, bem como interferem nos sistemas de previdência social e de gastos diretos com saúde.

### 3.1 CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE MAIS JUSTO E EFETIVO

Para a intervenção efetiva nos problemas de saúde da população brasileira, como os portadores de doenças crônicas não-transmissíveis, não se pode buscar estratégias centradas na doença, mas sim na saúde e na população. Para tanto, na história brasileira, vários paradigmas e uma estrutura injusta de prestação de serviços de saúde pautados na atenção individual e privatista teve que ser desfeita para a construção do que hoje chama-se de Sistema Único de Saúde – SUS.

Com a derrubada do regime militar e a chegada da Nova República, os movimentos sociais enxergavam a situação política mais aberta para novas propostas. Foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve a finalidade de discutir um novo sistema de saúde para o país. Vários conceitos sobre saúde foram revistos colocando a saúde em primeiro plano, dando direito ao cidadão e tornando um dever do Estado manter esse direito. O relatório final da 8ª CNS foi fundamental para a construção do capítulo destinado à saúde na Constituição Federal de 1988 (FONTINELE JUNIOR, 2008).

O SUS se caracteriza pela universalidade, equidade e integralidade. Sua descentralização é marcada como um ganho para a saúde pública no Brasil, mas apesar de tanta luta, esse sistema ainda está muito longe do proposto pelo movimento sanitário. Toda população tem o direito ao acesso e assistência à saúde envolvendo qualquer nível de complexidade, seja ele primário, médio e complexo (OHARA; SAITO, 2010).

O Sistema Único de Saúde é dividido em três esferas, são elas: União, Estado e Municípios. Todos os usuários do SUS têm direito a gratuidade do atendimento, o SUS tem o dever de promover ações para a prevenção e o tratamento do indivíduo. Cada município deve esboçar suas reais necessidades, onde cada cidade tem necessidades diferentes (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008).

A atenção básica foi criada para satisfazer as necessidades primárias da população, focalizando a promoção de saúde e intervenções educativas em saúde visando à prevenção e diminuição das complicações de doenças para a sociedade, e conseqüentemente para deixar os serviços de alta e média complexidade desafogados (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008). Para que isso aconteça é necessário maior investimento na atenção primária e uma política voltada para a educação da população, explicando a função de cada complexidade.

O Programa Saúde da Família foi criado nos Estados Unidos da América em meados de 1966, com o objetivo de formar médicos da família em pós-graduação. Após 25 anos, o PSF foi implantado no Brasil associando-o ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (FONTINELE JUNIOR, 2008).

O ponto positivo do PSF (hoje chamado de Estratégia Saúde da Família) para a comunidade é uma maior interação do usuário com os profissionais da unidade básica de saúde, onde esses profissionais vão identificar os problemas da população. Os agentes comunitários são membros da equipe de bastante relevância para manter o canal de comunicação entre a comunidade e os profissionais da área de saúde. Com os problemas em mão, o enfermeiro, como membro integrante da equipe, desenvolve ações educativas no intuito de promover a prevenção e educação para a prevenção das doenças e promoção da saúde (KAWAMOTO, 2009).

Um dos programas desenvolvido pelo Ministério da Saúde e implementado na ESF foi o sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, que atualmente é conhecido como HIPERDIA. Esse programa cujo objetivo de servir como indicador para a atenção básica (CHAZAN; PEREZ, 2006). O HIPERDIA incentiva o tratamento dos diabéticos e hipertensos através de consultas de enfermagem e do médico, onde esses profissionais orientam o paciente a realizar o autocuidado em casa e ensinam a prática de uma boa nutrição e realização de atividades físicas regularmente.

O HIPERDIA realiza a entrega de medicamentos, fitas de teste glicêmico capilar, aparelho para o monitoramento diário da glicemia, seringas e agulhas. (SAÚDE, 2006). Toda e qualquer modificação nos dados do pacientes cadastrado no HIPERDIA é enviada via internet para o Ministério da Saúde, seja mudança de endereço, mudança de unidade básica de saúde, óbito ou complicações que possam deixar o usuário com alguma sequela (CHAZAN; PEREZ, 2006).

O HIPERDIA só é possível de acontecer se houver a consulta de enfermagem; e a ausência de complicações crônicas ou agudas só existirá se o profissional de enfermagem for capacitado para realizar uma consulta de primeira qualidade. No entanto, a ausência dessas complicações não depende apenas do enfermeiro e sim de uma gama de fatores externos e internos.

A consulta de enfermagem é de grande importância na prevenção de complicações do diabetes. Para isso é fundamental um conhecimento bastante abrangente do assunto e uma interação que passe confiança para o paciente. O enfermeiro desenvolve um papel muito importante no controle adequado da doença, pois lhe cabe examinar minuciosamente os pés do paciente em busca de alguma alteração que possam levar a alguns problemas futuramente durante as consultas de enfermagem, bem como promover educação em saúde para uma série de aspectos necessários ao convívio com a doença.

A consulta de enfermagem é importante, mas o essencial é a união de todos os profissionais na assistência ao paciente diabético. O profissional de saúde deve desenvolver maneiras de incentivar o paciente a realizar o autocuidado em casa, a monitoração da glicemia, explicar as possíveis complicações que a doença pode ocasionar, além de envolver a família do portador da doença em todos os aspectos, tanto nutricional como emocional (FERRAZ et al, 2000).

O lado emocional do paciente deve ser levado em conta na consulta de enfermagem, logo assim a parte psicológica altera bastante no tratamento. Por isso a importância do trabalho multidisciplinar da equipe da ESF (FERRAZ et al, 2000).

Na sua consulta de enfermagem deve-se atentar a avaliação da pele, circulação, higiene e sapatos adequados para prevenir ulcerações nos pés. O componente calçado é de grande valia para diminuir possíveis complicações, onde o profissional deve aconselhar o paciente a usar sapatos confortáveis e evitar sapatos novos para não apertar e comprimir os dedos (PACE et al, 2002).

Em 1989, foi criado um protocolo Staged Diabetes Manage para realizar o acompanhamento sistemático do paciente diabético no intuito de abolir qualquer tipo de complicações que acomete o indivíduo. Esse protocolo contempla várias orientações desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde e pela Associação Americana de Diabetes. Tais orientações servem para dar parâmetros à equipe multidisciplinar para realizar a assistência de forma adequada. O guia é separado

para diagnosticar e classificar a doença, dar opções de tratamento e monitorar o metabolismo e os lipídios do paciente (ZANETTI, 2006).

Esse protocolo é composto por três etapas, nas quais a paciente passa pelo tratamento nutricional e os exercícios físicos regularmente para ajustar os padrões metabólicos. Os outros tratamentos são com os agentes orais e o uso de insulina (ZANETTI, 2006). Todos esses tratamentos são avaliados pelos profissionais para realizar o ajuste e manutenção de cada droga e processos metabólicos do paciente.

A necessidade de se implantar o protocolo de SDM foi justamente para evitar as complicações de longo prazo do diabetes, que é a neuropatia diabética que leva vários pacientes com deformidades nos membros inferiores e conseqüentemente a amputações.

O pé diabético tem causas fatoriais que leva a perda da sensação, motora e autonômica, a sensorial é a mais frequente e a responsável por provocar a maioria dos traumas nos diabéticos. Esse trauma é devido ao indivíduo perder parte de sua sensação de calor e de dor que logo vai gerar diversos traumas pequenos que futuramente constituirão uma lesão de grande porte (BRASILEIRO, 2005).

A perda da sensibilidade na planta do pé gera outras complicações ainda maiores. O risco para infecções devido o pé se encontrar com lesões e se tornar um meio propício para a entrada de bactérias (BRASILEIRO, 2005).

A neuropatia diabética é caracterizada pela destruição dos nervos associada a defeitos metabólicos e comumente a problemas na circulação microvascular. Esse problema é irreversível, o único meio de evitar a neuropatia diabética é controlando a glicemia (OCHOA-VIGO, 2005).

Segundo (OCHOA-VIGO, 2005), metade das amputações não traumáticas é realizada em pacientes diabéticos, onde esses mesmos pacientes têm uma chance bastante elevada de amputações em comparação às pessoas não diabéticas. Alguns anos após a primeira amputação, o indivíduo perde metade da sua sobrevivência. Dados recentes mostram que de 9% a 20% da pessoa que realizou a primeira amputação irá se submeter à outra amputação em média de doze meses após a primeira.

Devido à deformidade do pé provocada pela neuropatia diabética, a pessoa tem dificuldades de caminhar realizando uma força maior em um lado do pé gerando calos e conseqüentemente uma úlcera que vai levar um longo período para cicatrizar devido a problemas na circulação (LOPEZ, 2003).

As doenças vasculares periféricas são conceituadas pelo alto nível de lipídeos nos vasos levando a uma aterosclerose (CHAIT BIERMAN 1994, DOWDELL, 1995 apud GROSSI, 1998).

O cigarro contribui negativamente para o espessamento dos vasos e o descolamento das placas de ateroma gerando a formação de trombos (LEVIN, 1995 apud GROSSI, 1998).

As úlceras diabéticas são desenvolvidas por três entidades ou por um problema isolado, sendo elas, neuropatias, doenças vasculares periféricas e infecções. O risco aumenta quando a glicose no sangue chega a níveis bastante altos (SIMMONS, 1994 apud GROSSI, 1998).

Os cuidados com pés podem diminuir bastante o risco para uma neuropatia diabética. Esse cuidado pode ser orientado pelo enfermeiro aconselhando o paciente a usar o aparelho gessado de contato total tendo como objetivo reduzir a força excessiva na planta do pé e redistribuindo o peso, além de proteger o pé de possíveis traumas. Outra alternativa é a utilização de sapatos sob medidas (IRION, 2005).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa explicativa de caráter descritivo de abordagem qualitativa, que foi formulada através de estudos bibliográficos e análises práticas, por meio de literaturas especializadas de artigos científicos e livros. Esta pesquisa destaca a importância de uma consulta de enfermagem realizada para o paciente com diabetes com vista à prevenção do pé diabético.

Segundo Gil (2010), a pesquisa descritiva busca se aprofundar nas peculiaridades da população ou outro tipo de objetos sendo necessárias técnicas específicas para a coleta de dados.

A pesquisa explicativa se interessa em identificar os problemas que afetam ou ajudam a determinado fenômeno sendo caracterizado por explicar o porquê do problema (GIL, 2010).

A abordagem qualitativa se caracteriza pela observação e experiência vivenciada pelo pesquisador em um determinado grupo social, em que este procura entender seus costumes, suas religiões e outras interações sociais (MINAYO, 2010).

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

Esta pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Mossoró, situado no estado de Rio Grande do Norte. A escolha do local da pesquisa se deu de forma aleatória

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A amostra, escolhida de forma aleatória, foi composta por um enfermeiro da equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde, o qual faz parte da Estratégia

de Saúde da Família. De acordo com o anexo da Resolução COFEN nº 311/2007, é privativo ao enfermeiro a realização da consulta de enfermagem, após apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde o critério de inclusão foi o profissional ser enfermeiro da unidade básica de saúde.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada que se caracteriza por combinar perguntas fechadas e abertas onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010). Esta entrevista foi composta por um roteiro contendo quatro perguntas abertas para avaliar a consulta de enfermagem ao paciente com pé diabético (Apêndice B). Nestes constaram aspectos relacionados aos hábitos alimentares, prática de atividade física, cuidados com o pé diabético e aspectos operacionais que influenciem no desenvolvimento da consulta na atenção básica.

Para a observação *in loco* da realidade, utilizou-se o recurso dos diários de campo com a utilização de um roteiro de observação, a fim de perceber a realidade diária da realização das consultas de enfermagem e as possibilidades e entraves presentes no micro-espço de poder e atuação do enfermeiro (Apêndice C). Com o roteiro, buscou-se observar como os mesmos aspectos tratados nas entrevistas eram aplicados na realidade.

#### 4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizada uma visita à UBS e ao sujeito participante do estudo para a devida apresentação dos objetivos da pesquisa, seguida da entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi devidamente elucidado e assinado.

A realização da entrevista semi-estruturada foi realizada no horário de trabalho do sujeito da pesquisa; Foi utilizado o método da gravação eletrônica por meio de um aparelho de MP4, seguida da transcrição do material gravado.

Para Gil (2010), a maneira mais confiável de se preservar ou de se reproduzir com precisão o conteúdo da entrevista é através do registro, por meio de anotações, ou com o auxílio de um gravador, uma vez que os limites da memória humana não possibilitariam a retenção da totalidade da informação, levando a possíveis distorções decorrentes dos elementos subjetivos que se projetam durante a reprodução da entrevista.

Para a observação da realidade objetiva e anotação dos registros em diário de campo houve muita dificuldade, em virtude de haver, na unidade de estudo, a prática dos familiares de sujeitos diabéticos buscarem os seus medicamentos sem que os usuários portadores da patologia comparecessem.

A consulta de enfermagem realizada pelo sujeito da pesquisa, foi previamente agendada com um portador da doença para que fosse assistida pelo pesquisador participante que anotou no caderno de campo os dados mais relevantes do ponto de vista do roteiro de observação da realidade.

A coleta e análise dos dados foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2011.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN 2002) que aponta como pilares a fase da descrição ou preparação do material, a inferência ou dedução e a interpretação. Dessa forma, os principais pontos da pré-análise são a leitura flutuante (primeiras leituras de contato, os textos), a escolha dos documentos (no caso, os relatos transcritos), a formulação das hipóteses e objetivos (relacionados com a disciplina), a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores (a frequência de aparecimento) e a preparação do material.

Foram encontradas como principais categorias para a análise, a partir dos dados coletados, “a influencia das condições sócio-econômicas na mudança dos

hábitos alimentares”; “Atividade Física”; “Apoio de grupos de idosos no tratamento e na prática de atividade física” e “precariedade do trabalho”.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com o código de ética dos profissionais de enfermagem, dentre outros aspectos, cabe ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde, a prestação de uma assistência de enfermagem com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais da profissão.

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Capítulo IV da Resolução CNS 196/96), sendo, portanto, dever de todo e qualquer profissional de enfermagem promover a interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa (art. 90 da Resolução do COFEN nº. 311/2007), bem como terminantemente proibida ao profissional de enfermagem à publicação de trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (Art. 98 da Resolução do COFEN nº. 311/2007).

Outro aspecto que foi levado em conta diz respeito à proibição da realização ou participação em atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos (Art. 94 da Resolução do COFEN nº. 311/2007).

Nesse sentido, foi garantido ao participante o seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, que será garantido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos sujeitos da pesquisa (Apêndice A). Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE sob o protocolo 145/11 e CAAE 0145.0.351.000-11.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Os custos decorrentes da execução da pesquisa foram arcados pelo pesquisador participante, ficando a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsável pela disponibilidade de computadores, acervo bibliográfico, professor orientador (pesquisador responsável) e banca examinadora.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para manter o anonimato da pesquisa, vamos identificar o colaborador da pesquisa apenas como ENFERMEIRO, mantendo sigilo sobre o local de trabalho e sobre sua identidade.

A primeira categoria que foi apresentada na coleta de dados pelo colaborador foi relativa à importância da inserção social e das condições sócio-econômicas do usuário portador do DM no cuidado, autocuidado e medidas de sobrevivência na doença.

Não podemos deixar de lado o fator socioeconômico tendo em vista que esse tem um poder de influência considerável em relação à adesão do paciente diabético ao tratamento alimentar, uma vez, que uma dieta específica para usuários diabéticos causam uma alteração na dinâmica financeira do usuário/família.

O enfermeiro enfrenta um desafio muito grande quando o paciente já é idoso, quando esse já tem um conceito de hábitos alimentares formado na sua cabeça tornando-se muito difícil o profissional mudar esse conceito.

Um estudo realizado por Assunção; Ursine, (2007), demonstrou que pacientes com renda baixa e que moram em ambientes precários não conseguiram aderir ao tratamento alimentar. De acordo com Pace et al. (2003 apud ASSUNÇÃO; URSINE, 2007), uma renda financeira poderia melhorar bastante o tratamento do paciente diabético sabendo que existe uma relação muito forte entre alimentação e dinheiro. Nesse mesmo trabalho destaca-se os profissionais da Unidade Básica de Saúde, visando à baixa condição financeira da grande parte dos pacientes, aconselhavam a usarem os alimentos de rotina que eles estavam acostumados, fazendo pequenas modificações, como por exemplo, retirando porções extras e retirando os alimentos que fossem ricos em glicose.

Corroborando com a literatura, encontra-se a fala do ENFERMEIRO quando diz que

Um fator importante é a questão socioeconômica, né? Não adianta você dizer o que o diabético pode comer se ele não tem condição de ter, primeiro você tem que saber qual alimento ele pode ter acesso e desse tipo de alimento que ele tem acesso qual que efetivamente o diabético pode estar introduzindo na sua dieta sem trazer prejuízo.

Diversos aspectos precisam ser considerados para que os usuários portadores de DM possam ter uma adequada reorientação alimentar com vistas à prevenção das complicações agudas e crônicas decorrentes dos estados de hiperglicemia. O papel do profissional na atenção básica, por apresentar um maior vínculo com a realidade da família e comunidade, é o de tentar adequar às orientações acadêmicas com as realidades de andar na vida destas pessoas.

Em um estudo realizado por Pontieri; Bachion (2007) que objetivou analisar as crenças dos pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional pode-se perceber que na visão dos pacientes, as condições sócio-econômicas interferem na capacidade de aderir ao tratamento. Destaca-se a fala a seguir:

Você não acha coisas para diabéticos acessíveis, você acha um açúcar, caro, você acha sorvete, um trezinho diferente, caro, você não tem muita opção. Pra nossa renda não tá dando certo seguir esse tipo de dieta assim (PONTIERI; BACHION, 2007, p.157).

Sendo assim, compete ao profissional de saúde, em especial ao Enfermeiro em sua consulta de enfermagem, reordenar suas orientações a partir das realidades sócio-econômicas das famílias, a fim de facilitar a adesão ao plano terapêutico proposto.

Em relação aos conhecimentos do profissional a respeito dos aspectos alimentares no diabetes, o ENFERMEIRO diz, que

Determinado alimento pode alterar questão de metabolismo; pode aumentar a menção da sua glicose e complicaria a questão do seu diabetes. Como ele já tem alteração em sintetizar, ou seja, em queimar a glicose ele não pode "tá" ingerindo alimento rico nesse tipo de alimento e ainda em consequência disso esta agravando o seu quadro de diabetes.

O novo comportamento alimentar que o diabético deve ter inicia-se pela própria mudança que a doença causa, ou seja, com as limitações e exigências impostas por ela. Dessa forma, impõe a obrigatoriedade em modificações alimentares e nos hábitos de vida, fazendo, com que haja diminuição da ingestão de calorias, aumentarem os exercícios físicos, deixando de lado as gorduras, realizando refeições variadas durante o dia e monitorando a glicemia, e dessa forma

conseguindo o controle glicêmico (SBD, 2002; PAIVA; BERBUSA; ESCUDER, 2006; apud PONTIERI; BACHION, 2007).

Um estudo recente mostrou que indivíduos que se alimentavam rotineiramente com produtos com alto índice glicêmico desenvolviam diabetes com seis anos ingerindo essa dieta (SARTORELLI; CARDOSO, 2006). Os carboidratos desempenham um papel muito importante no metabolismo do diabético fazendo com que o índice glicêmico aumente de forma surpreendente, por isso devemos saber balancear a dieta comendo alimentos a base de fibras e proteínas.

De acordo com Torres-López (2005), o fato de o profissional usar os termos de proibição para os pacientes dificultam a sua adesão ao tratamento, principalmente quando se tratam de alimentos como pão e arroz, que são os principais alimentos ingeridos pela população em geral.

Deve-se lembrar que, a restrição desses tipos de alimentos, no que diz respeito a não ser liberada a sua ingestão, segue a regra para toda a população, e não uma regra específica para diabéticos, fazendo assim com que haja uma anamnese individual desse paciente para que assim possa ser verificado o seu IMC (Índice de Massa Corporal), e assim ser prescrito a possível quantidade ingerida desse paciente (ADA, 2005 apud PONTIERI; BACHION, 2007).

Já quando perguntado sobre a atuação do enfermeiro em relação ao estímulo e à orientação para a prática regular de atividade física, o ENFERMEIRO descreveu sua atividade da seguinte maneira.

*A gente tenta orientar atividade física orientada, ou seja, adequada para a idade, adequada para o seu porte físico né? E não tentar introduzir uma atividade física a qual ele não ele não era habituado e daí gerar outros problemas além do diabetes.*

Segundo (MERCURI; ARRECHEA, 2001), o paciente diabético precisa praticar algum tipo de esporte que se adéqüe a ele. Essa prática esportiva vai ajudar a reduzir drasticamente complicações relacionadas à diabetes, mas só a atividade física não basta é necessária fazer uma associação entre esporte e uma alimentação saudável para complementar.

A prática de exercícios físicos leva a uma mudança metabólica positiva, como por exemplo, a diminuição da glicose e o aumento da sensibilidade para a

ação da insulina, regulando assim a taxa metabólica basal. Esse tipo de resposta é dado após períodos crônicos de realização da atividade física de intensidade moderada. Em caso de diabéticos, as práticas de exercícios com intensidades leves a moderadas, essas já diminuem os riscos e maximizam os benefícios à saúde.

A orientação na consulta de enfermagem deve levar em conta aspectos relacionados à capacidade de atividade do portador da doença, assim como cuidados com alimentação durante a atividade; frequência cardíaca máxima para cada idade; calçados adequados *etc.* Com isso, o objetivo dessa prática é deixar em níveis ótimos a glicemia e lipídeos para prevenir ou atrasar as complicações em níveis vasculares e neurológicos, levando esta a ser um tratamento (ACSM, 2000 apud VANCINI; LIRA, 2004).

A atividade física para o diabético tipo II é constantemente indicada juntamente com a medicação e a nutrição equilibrada, porém nem sempre esses pacientes estão aptos a realizá-la, uma vez que a DM II é mais frequente em pacientes com idade acima de 40 anos (ACSM, 2000 apud VANCINI; LIRA, 2004).

Programas de atividades físicas devem ser mantidos na rotina do paciente diabético, aqueles que não têm restrições devem realizar principalmente exercícios aeróbicos que são responsáveis por desenvolver e manter a função cardiorespiratória normal, o peso, a força e a resistência muscular. É necessário lembrar que, para esses pacientes o importante na prática de exercício é maximizar o gasto calórico, pois a obesidade é uma consequência quase sempre encontrada em pacientes diabéticos em geral (ACSM, 2000 apud VANCINI; LIRA, 2004).

Para que essa prática esportiva seja prazerosa é necessário que a pessoa escolha uma atividade que goste de realizar. Muitos pacientes diabéticos que participam de grupos acabam desistindo de continuar com as atividades físicas por falta de interesse ou até mesmo por não conseguirem realizar tais práticas por motivos fisiológicos.

Alguns estudos epidemiológicos mostram evidências consideráveis que a união de exercícios físicos e nutrição equilibrada diminui a incidência de diabetes (MANSON et al, 1991; KELLEY; GOODPASTER, 1999; ACSM, 2000; FLETCHER; LAMENDOLA, 2004; ZINMAN et al 2004 apud VANCINI; LIRA, 2004).

De acordo com (KIRK et al, 2003 apud VANCINI; LIRA, 2004), ao contrário do que é preconizado, cerca de 60 a 80% dos pacientes diabéticos não seguem as

orientações de atividades físicas mínimas, que são de 30 minutos com intensidade moderada, até cinco dias por semana.

Outro aspecto abordado pelo ENFERMEIRO diz respeito à inserção dos usuários portadores de DM (principalmente DM tipo II, devido à idade) em grupos de idosos que são grupos sociais muitas vezes formados com o apoio das Equipes de Saúde da Família, com grande participação do Enfermeiro neste processo, que visa integrar usuários com objetivos de integralizar os cuidados com orientações aliadas a atividades lúdicas.

A gente tentar direcionar nesse sentido em orientar procurar grupos de idosos e desenvolver esse trabalho junto a um orientador físico para pode essa atividade física ser orientada de forma adequada (ENFERMEIRO).

De acordo com (FRANCIONI; SILVA, 2006), o tratamento não pode ser baseado só em remédios, e sim, de uma forma integral. Os principais pilares que os pacientes podem extrair desse apoio são os amigos, familiares e grupos. A convivência com pessoas que apresentam as mesmas necessidades fica mais fácil aceitar o tratamento e a mudança de rotina.

Em relação à educação popular, saúde e apoio social, entende-se que os serviços de saúde deveriam implementar algo que ouvisse as necessidades dos pacientes levando em consideração os que elas pensam sobre sua doença e as possíveis soluções, imaginadas por eles, para seus problemas. Na formação de grupos sociais, devem ser construídos com objetivo de conduzir pessoas que queiram falar de seus problemas e junto aos profissionais de saúde, encontrar soluções de modo que se articule as experiências técnicas com as experiências práticas das pessoas que adoecem (TEIXEIRA, 2002).

A Promoção da Saúde é um movimento que contribui para o desenvolvimento da autonomia. Este é o motivo pelos quais os promotores frequentemente expressam seus objetivos profissionais em termos do conceito de empoderamento. Empoderar pessoas é tornar possível, ou permitir que as pessoas desenvolvam a sua autonomia ou se tornem o que elas querem ser (DOWNIE et al 1999 apud TEIXEIRA, 2002, p.165).

Os dados epidemiológicos apontam uma grande prevalência do DM tipo II sobre o tipo I. Devido ao fato de o DM tipo II estar de forma mais intensa associado ao estilo de vida e à idade, dos pacientes adultos e idosos, em sua maioria entre os

portadores da patologia. No Brasil, pelo menos 14,7% da população com mais de 40 anos é diabética (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 *apud* VANCINI; LIRA, 2004).

Segundo (BRASIL, 2006), a maior parte do aglomerado dos diabéticos é de idades iguais ou superiores 40 anos. Pesquisas realizadas pelo IBGE em 2005 mostram que cerca de cinco milhões e meio dos pacientes diabéticos estão na faixa etária dos quarenta anos de idade (IBGE, 2005 *apud* BRASIL, 2006).

Do total de casos de diabetes, 90% são do tipo 2 ou não dependente de insulina, 5 a 10% do tipo 1 ou insulino dependente auto-imune e 2% do tipo secundário ou associado à outras síndromes. O diabetes gestacional, uma condição transitória durante a gravidez ocorre em torno de 2 a 3% das gestações (CONSENSO DE DIABETES, 2006, p. 3).

São encontrados grandes desafios desde a locomoção dos pacientes até chegarem as Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para conseguir o atendimento. Cursa também como problema encontrado a grande demanda de usuários nas UBS's, tanto os específicos daquela área como os oriundos de localizações circunvizinhas, que conduz a um aumento da demanda.

É importante lembrar, que há UBS com grande distância da área descrita e coberta por esta, somando a um defasado sistema e transporte público, levando os usuários a se encaminharem a pé (os que podem), gerando assim mais um desconforto da população com o serviço de saúde (SOUZA; GARNELO, 2008).

Podemos perceber as dificuldades encontradas pelos pacientes diabéticos em buscar orientações com os profissionais de saúde nas unidades básicas, vendo que o diabetes é uma patologia que mexe com o emocional da pessoa, sendo assim essas barreiras só aumentam as complicações em longo prazo, já que eles não conseguem realizar uma simples consulta de HIPERDIA devido a uma serie de fatores.

Deve-se levar em conta também a sobrecarga de trabalho sobre o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, aliado a uma burocratização do serviço. Destaca-se aqui a fala de Soares (2007, p. 52) onde os mesmos explicitam esta realidade. "Observamos ainda que há um excesso de atividades burocráticas para as quais o enfermeiro/a é encarregado ou se sente encarregado, o que muitas vezes leva o profissional a um afastamento do cuidado."

Outra parte da coleta dos dados se deu com a observação da realidade *in loco* com as devidas anotações em diário de campo, a partir da utilização de um roteiro de observação da realidade (Apêndice C). O objetivo desta segunda etapa é o de contrastar as falas do colaborador com a sua prática.

Na consulta de enfermagem o enfermeiro não abordou a higiene e cuidados com os pés dos pacientes diabéticos, tendo em vista que essa abordagem é de grande importância na prevenção do pé diabético.

Segundo (ADA, 2004 *apud* SMELTZER et al, 2009), mais da metade das amputações de membros inferiores são feitas nos pacientes diabéticos e metade dessas amputações podem ser evitadas se os profissionais de saúde ensinarem medidas adequadas de cuidados com os pés. Se o paciente não é ensinado a examinar os seus pés, pequenas lesões podem passar por despercebido e acarretar numa complicação ainda maior podendo levar até uma amputação se não realizar o tratamento correto.

De acordo com (GAGLIARDI, 2003 *apud* BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009), a família do paciente diabético desempenha um papel muito importante nos cuidados dos pés do diabético quando este não tiver condições ou habilidades necessárias para realizar o autocuidado com os pés. A inspeção do pé do paciente diabético deve ser a base da consulta de enfermagem, pois se essa não for abordada de forma correta pode ocasionar lesões mais graves. Deformidades nos pés que passem despercebidos podem futuramente levar a calosidades e ulcerações. Então qualquer lesão no pé, por menor que seja, deve deixar o profissional atento.

Pesquisa realizada por (PEDROSA, 1998 *apud* BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009), traz que a neuropatia é a complicação de maior crescimento em longo prazo e que atinge 60% e 70% dos diabéticos tanto do tipo 1 quanto do tipo 2 seguindo essa ordem.

Neste sentido, a equipe de saúde tem papel fundamental no processo de educação e prevenção dos pacientes diabéticos, especificamente na prevenção de complicações nos pés, dos portadores de DM. Deve-se realizar um exame criterioso dos pés baseando-se nas características individuais identificadas e, juntamente com o paciente, planejar ações que sejam eficazes e cabíveis a cada um. Para isso, esse exame deve ser fidedigno, focando as alterações apresentadas nos pés do diabético, para que o resultado final seja a melhoria da qualidade de vida do paciente, por meio da prevenção efetiva de complicações nos membros inferiores” (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009: p.38).

Outros pontos bastante importantes na consulta de enfermagem são a alimentação e atividades físicas. Na consulta realizada pelo enfermeiro esses pontos foram bastante comentados, onde ele explicou a quantidade necessária que os diabéticos podem consumir diariamente, os alimentos que possuíam uma maior quantidade de glicose.

Neste aspecto é importante que o profissional de saúde compreenda a necessidade de orientar o usuário aos aspectos que devem ser seguidos durante a atividade física a fim de que mantenha a aeróbica, pois é fisiologicamente funcional em termos de perda de calorías de forma saudável.

A alimentação associada a praticas de atividades físicas na vida de qualquer diabético é bastante positivo, tendo em vista que esses pontos ajudam diminuir as complicações crônicas (pé diabético, retinopatia, nefropatia) e conseqüentemente a chegar a uma velhice saudável.

Segundo (BARRETO; CYRILLO, 2001 apud SARTORELLI; FRANCO, 2003), a substituição das refeições naturais por industrializadas é o principal agravo de obesidade e diabetes do tipo 2.

De acordo com (PAN et al, 1997 apud SARTORELLI; FRANCO, 2003), a junção de atividades físicas e uma dieta balanceada juntamente com uma perda de peso ajudam a insulina a desenvolver melhor as suas funções metabólicas e por via diminuem drasticamente as chances de vir a ser acometido pelo diabetes.

As complicações agudas (hiperglicemia e hipoglicemia), não foram em nenhum momento citadas na consulta pelo enfermeiro. Essas complicações devem ser bastante enfocadas na consulta com o objetivo de orientar o paciente quais agravos elas podem levar se não forem evitadas no momento. Tais orientações podem ser bem básicas como: orientar o paciente a andar sempre com um alimento rico em glicídios simples, à base de sacarose no bolso, estar sempre que possível realizando o teste capilar de glicemia para ter uma noção do valor da sua glicemia.

Segundo (SMELTZER et al, 2009), a hipoglicemia se não for conhecida ou se não for controlada em tempo pode levar o paciente a convulsões e até a um coma. Acrescenta ainda, que os principais sintomas são: suor excessivo, nervosismo e fome. Então é muito importante o profissional orientar o paciente dos sintomas e das prevenções, visto que essa complicação pode levar até a morte.

De acordo com (MARCRURY et al, 1993 apud MILECH; CHACRA; KAYATH, 2001), existe uma contribuição muito importante na hiperglicemia aguda

nas complicações cardiovasculares e de comprometimentos dos olhos dos diabéticos. Segundo (TAYLOR, 1993 apud MILECH; CHACRA; KAYATH, 2001), a hiperglicemia permanecendo por muito tempo alterado ocasiona um trabalho maior dos rins para realizar a filtração e futuramente levando a uma nefropatia.

Pode-se observar, através do diário de campo, que o enfermeiro conseguiu contemplar na consulta as orientações quanto ao uso correto das medicações ao diabético. Existem muitos casos de pacientes diabéticos que não conseguem manter sua glicemia normalizada por não saber ou utilizar de forma correta a sua medicação.

Em se tratando do diabetes do tipo II que tem em sua maioria pessoas idosas que muitas vezes apresentam dificuldades de compreensão e memorização das receitas medica correta, é de grande valia que o enfermeiro procure alternativas que ajudem a normalização da glicemia dessas pessoas quanto ao uso correto da medicação.

Para que a insulina faça seu devido efeito, é importante a realização do rodízio de locais de aplicação, onde, deste modo evitará a lipodistrofia e a hiperglicemia. O rodízio acima mencionado, nada mais é do que, selecionar locais de aplicação e os horários, e sempre realizar as aplicações em pontos diferentes a fim de inibir a resistência à insulina e o possível descontrole glicêmico (GROSSI; PASCALI, 2009).

Um das atenções que o paciente diabético deve ter é no preparo antes da aplicação da insulina. Lembrando que os frascos de insulina ficam em repouso, sendo importante lembrar-se de movimentá-lo em círculo vagarosamente, evitando a origem de bolhas no interior do frasco, de 10 a 20 vezes. Para os frascos de insulina aplicados com caneta, recomenda-se realizar esses movimentos 20 vezes (GROSSI; PASCALI, 2009).

É bastante difícil para o paciente diabético identificar e principalmente saber o que fazer na hora das complicações agudas. Observou-se que na consulta não foi realizada nenhuma orientação e explicação do que seja tais complicações e os procedimentos a serem feitos diante de uma situação tanto de hipoglicemia quanto de hiperglicemia.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus foi implantado no Brasil no ano 2000 para promover uma melhor qualidade de vida para todos os pacientes portadores desses agravos. Esse plano dá o direito ao paciente de consultas, remédios gratuitos, encaminhamento de consultas para especialistas e um acompanhamento integral nas unidades de saúde. É na consulta de enfermagem que o enfermeiro realiza a inspeção do pé dos pacientes diabéticos, tendo em vista que a não prevenção do pé diabético gera uma série de complicações para o usuário.

Diante a coleta de dados pode-se verificar que o profissional de enfermagem não aborda alguns pontos fundamentais para prevenções do pé diabético. A inspeção do pé de um paciente diabético é bastante vantajosa para se visualizar algumas lesões que podem passar despercebido e possivelmente se transformar em lesões mais graves.

A inspeção juntamente com as orientações dadas quanto à higiene dos pés, cortes de unhas adequados, uso correto de sapatos e principalmente no autocuidado com os pés é de grande valia no controle da prevenção dos agravos. A prevenção do pé diabético não é de responsabilidade só do enfermeiro, mas também do paciente, então é de grande relevância que o profissional de enfermagem oriente o paciente a fazer o autocuidado com os pés.

Esse tema foi criado por inquietações do pesquisador participante mediante consultas submetidas ao mesmo que encontrou algumas falhas na consulta de enfermagem ao paciente diabético visto também, que o pesquisador é portador da diabetes. Com esses fatores foi elaborada uma hipótese que com o termino da coleta de dados foi verificado que a tal hipótese foi confirmada.

Ao observar a consulta de enfermagem objetivando analisar se esta atende aos requisitos estabelecidos pelo ministério da saúde para a prevenção do pé diabético, observou-se que o profissional de enfermagem não realizou a consulta conforme os requisitos do Ministério da Saúde, deixando de lado a inspeção e os cuidados com os pés, enfocando apenas atividades físicas e alimentação. É sabido que apenas esses dois pontos abordados por ele não previne 100% o pé diabético.

Foi possível observar que alguns fatores são desencadeadores deste quadro, entre eles, a sobrecarga de trabalho do profissional, a burocratização dos serviços e a própria rotina instituída na unidade.

A realização deste trabalho leva a uma maior inquietação em relação à importância da reestruturação da atenção básica com vistas à prevenção do pé diabético. Demanda ainda, uma veemente necessidade de aprofundamento dos estudos com vistas a propiciar novos saberes para que os profissionais da atenção básica se apropriem e os utilizem no cotidiano dos serviços.

O estudo assim cumpre o seu papel de se debruçar sobre a realidade viva dos serviços de saúde a fim de, a partir das suas falhas e avanços, pautar novas transformações nas realidades de vida e saúde de usuários portadores de diabetes mellitus e de Equipes de Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

ARRECHEIA, V.; MERCURY, N. **Atividade física e diabetes mellitus**. Peluso CC et al./ Diabetes Clínica. v.05, p. 347 – 349, 2001. Disponível em: <[http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos\\_teses/2010/Educacao\\_fisica/artigo/3\\_exercicio\\_diabetes.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos_teses/2010/Educacao_fisica/artigo/3_exercicio_diabetes.pdf)> Acesso em: 11 Nov. 2011.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo: Atteneu, 2008.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. **Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte**. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>>. Acesso em: 11 de Nov. 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.pppg.ufma.br/departamentos/comitedeetica/resolucao196.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DA ATENÇÃO BÁSICA. DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Diabetes Mellitus**. Brasília/DF, 2006

BORTOLETTO, M. S. S.; HADDAD, M. C. L.; KARINO, M. E. **Pé diabético, uma avaliação sistematizada**. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 37-43 jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/2795/2081>> Acesso em: 15 Nov. 2011.

BRASILEIRO, J. L. et al. Pé Diabético: Aspectos Clínicos. **J Vasc Br**. v.4, n.1, p.11-21, 2005. Disponível em: <<http://www.jvascbr.com.br/05-04-01/05-04-01-11/05-04-01-11.pdf>> Acesso em: 25 de mar 2011.

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. **Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e**

**diabéticos (hiperdia) nos municípios do estado do rio de janeiro.** Rev. APS. v. 11, n. 1, p. 10-16. 2008. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/010-016.pdf>> Acesso em: 27 mar. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem.** Disponível em: < <http://site.portalcofen.gov.br/node/4158> >. Acesso em: 18 Maio. 2011.

CONSENSO DE DIABETES. **SUS-** Sistema único de saúde, 2006. Disponível em: <[http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo\\_de\\_diabetes.pdf](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_de_diabetes.pdf)>. Acesso em: 12 Out. 2011.

FERRAZ, A. E. et al. **Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do hcfmrp-usp.** Medicina, Ribeirão Preto. n.33, p.170-175. 2000. Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n2/atendimento\\_multiprofissional.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n2/atendimento_multiprofissional.pdf)> Acesso em: 3 mar. 2011.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa saúde da família (PSF):** Comentado. 2. ed. Goiânia: AB, 2008.

FRANCIONI, F.F; SILVA, D.G.V. **O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus Através de um grupo de convivência.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan-Mar, v. 16, n1, p. 105 - 11, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a13v16n1.pdf>> Acesso em: 11 Nov. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: atlas. 2010

GROSSI, S. A. A. **Prevenção de úlceras nos membros inferiores nos pacientes com diabetes.** Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.4, p.377. 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/454.pdf>> Acesso em: 4 maio. 2011.

GROSSI, S.A.A.; PASCALI, P.M. Departamento de enfermagem da sociedade brasileira de diabetes. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus: Manual de enfermagem.** São Paulo, 2009. Disponível em:<[http://www.diabetes.org.br/attachments/1118\\_1324\\_manual\\_enfermagem.pdf](http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf)> Acesso em: 11 Nov 2011.

IRION, G. **FERIDAS:** Novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. 4. ed. São Paulo: E.P.U. 2009.

LOPEZ, C. F. Projeto de assistência ao pé do paciente portador de diabetes melito. **J Vasc Br**. v. 2, n.1,p. 79-82, 2003. Disponível em: < <http://www.jvascbr.com.br/03-02-01/03-02-01-79/03-02-01-79.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2011.

MILECH,A.; CHACRA, A.R.; KAYATH,M.J. Revisão da Hiperglicemia Pós-Prandiale a Hipoglicemia no Controle do Diabetes Mellitus – O Papel da Insulina Lispro e Suas Pré-Misturas nos Picos e Vales. **Arq Bras Endocrinol Metab** v.45 n.5 Outubro 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v45n5/6857.pdf>> Acesso em 11 Nov. 2011.

MINAYO,M. C .S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec. 2010.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. PÉ DIABÉTICO: estratégia para prevenção. **Acta Paul Enferm**. v. 18, n. 1, p. 100-9, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a14v18n1.pdf>> Acesso em: 19 mar. 2011.

OHARA,E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família**: Considerações teóricas e aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari. 2010.

PACE, A. E. et al. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 55, n. 5, p. 514-521, 2002. Disponível em: <<http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo155fin.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2011.

PONTIERI,F.M; BACHION, M.M. **Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a21v15n1.pdf>> Acesso em 14 Nov. 2011.

SARTORELLI, D.S.; CARDOSO, M.A. Associação Entre Carboidratos da Dieta Habitual e Diabetes Mellitus Tipo 2: Evidências Epidemiológicas. **Arq Bras Endocrinol Metab**. vol 50, n. 3, p. 415 – 426, Junho 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n3/30638.pdf>> Acesso em: 10 Nov. 2011.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.; Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19(Sup. 1), p.29-S36, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>> Acesso em: 11 Nov. 2011.

SMELTZER, S. C et al. **BRUNNER E SUDDARTH**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 13 . ed. Vol. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009.

SOARES, F. R. R. **O trabalho da Enfermagem e a Perspectiva da Integralidade**. (monografia de Graduação). Mossoró: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, 2007.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.24, Sup 1, p. 91 - 99, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/14.pdf>> Acesso em 15 Nov. 2011.

TEIXEIRA, M.B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 144f. Dissertação de mestrado (Curso de pós graduação em psicologia) – Escola nacional de saúde pública da fundação Oswaldo cruz-RJ, 2002. Disponível em: <<http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/teixeirambm/capa.pdf>> Acesso em: 12 Nov. 2011.

VANCINI, R.L; LIRA, C.A.B. **Aspectos gerais do diabetes mellitus e exercício**. Disponível em: <<http://isegnet.porta80.com.br/siteedit/arquivos/diabetes%20prof.%20Rodrigo%20-%20artigo.pdf>> Acesso em 10 Nov. 2011.

ZANETTI, M. L. et al. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes manage. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 19, n. 4, p. 253-260, 2006. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?q=ATENDIMENTO+AO+PACIENTE+DIABETICO+UTILIZANDO+O+PROTOCOLO+STAGED+DIABETES+MANAGE&hl=pt-BR&btnG=Pesquisar&lr>>. Acesso em: 24 maio 2011.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada **PÉ DIABÉTICO**: avaliação da consulta de enfermagem na atenção básica ao paciente diabético. Está sendo desenvolvida por José Ribeiro da Costa Neto, pesquisador participante, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - sob a orientação do pesquisador responsável professor Francisco Rafael Ribeiro Soares. A mesma apresenta o seguinte objetivo: Analisar se a consulta de enfermagem ao usuário portador de Diabetes Mellitus (DM), na atenção básica, atende aos requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a prevenção do pé diabético.

A Justificativa desse trabalho é contribuir com a observação da importância subjetiva, social e econômica que as complicações crônicas e em especial as úlceras de membros inferiores tem nas realidades individuais, familiares e em comunidade. Também pesa o fato de o pesquisador participante ser portador da patologia.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo não apresenta risco aparente aos seus participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista e da observação *in loco* com registro em diário de campo, o senhor (a) responderá a algumas perguntas relacionadas aos aspectos inerentes à consulta de enfermagem ao usuário diabético relativos às orientações e avaliações de enfermagem com vistas à prevenção do pé diabético. Os mesmos farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O pesquisador responsável<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa<sup>2</sup> estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor(a) na realização desta pesquisa.

---

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivo(s), justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2011

---

Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares  
Pesquisador responsável

---

José Ribeiro da Costa Neto  
Pesquisador participante

---

Participante da Pesquisa

---

<sup>1</sup> Pesquisador Responsável: Francisco Rafael Ribeiro Soares

**Endereço profissional do Pesquisador:** Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel, CEP: 59.628-000

**Email do pesquisador:** [rafaelsoares@facenemossoro.com.br](mailto:rafaelsoares@facenemossoro.com.br)

**Fone de contato profissional:** (84) 3312 – 0143

**<sup>2</sup>Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

## APÊNDICE B - ROTEIRO ENTREVISTA

- Quais aspectos são abordados na consulta de enfermagem em relação aos hábitos alimentares? (orientações, integração com o usuário, observações de enfermagem)
  
- Quais aspectos são abordados na consulta de enfermagem em relação à prática de atividades físicas? (orientações, integração com o usuário, observações de enfermagem)
  
- Quais aspectos são abordados na consulta de enfermagem em relação à avaliação dos membros inferiores de pacientes portadores de DM? (inspeção do pé; avaliação de motricidade e de sensibilidade, orientações sobre calçados, cuidados com calos e etc.)
  
- Quais aspectos/ determinantes influenciam no bom desenvolvimento da consulta de enfermagem ao paciente diabético?

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

### Roteiro para observação e anotação em caderno de campo sobre a consulta de enfermagem ao paciente portador de DM

- Inspeção do pé (atentar para rachaduras, espaços interdigitais e aspectos de higiene);

---

---

- Orientações em relação às mudanças de estilo de vida (hábitos de alimentação; prevenção das complicações agudas – hipo e hiperglicemia -; atividades físicas);

---

---

- Orientação para cuidados com os pés (hidratação, cortes de unhas, meias e calçados adequados, cuidados com higiene e com calos e calosidades);

---

---

- Orientações para uso de medicações;

---

---

- Orientações para identificação e manejo inicial adequado nas complicações agudas (hipoglicemia e hiperglicemia com quadro de Cetose ou síndrome hiperosmolar não-cetótica).

---

---

## ANEXO