



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE - PPCCLIS
MESTRADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

GLÓRIA YANNE MARTINS DE OLIVEIRA

CONDIÇÕES CRÔNICAS DE USUÁRIOS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA:
AUTOCUIDADO EM SITUAÇÕES DE DIABETES *MELLITUS* COMO
FERRAMENTA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

FORTALEZA-CEARÁ

2015

GLÓRIA YANNE MARTINS DE OLIVEIRA

CONDIÇÕES CRÔNICAS DE USUÁRIOS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA:
AUTOCUIDADO EM SITUAÇÕES DE DIABETES *MELLITUS* COMO FERRAMENTA
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Consuelo Helena Aires de Freitas.

FORTALEZA-CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Oliveira, Glória Yanne Martins de.

Condições crônicas de usuários na atenção secundária: autocuidado em situações de diabetes mellitus como ferramenta na promoção da saúde [recurso eletrônico] / Glória Yanne Martins de Oliveira. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 95 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas.

1. Diabetes mellitus tipo 2. 2. Autocuidado. 3. Cuidados de enfermagem. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS

Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde



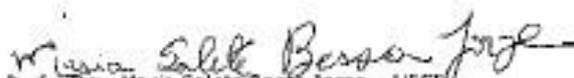
Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Glória Yanna Martins de Oliveira**
realizada no dia 04 de Dezembro de 2015.

Ao quarto dia do mês de dezembro do ano dois mil e quinze, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Consuelo Helena Aires de Freitas, Maria Salete Bessa Jorge e Thereza Maria Magalhães Moreira sob a presidência da primeira, perante o qual, a Mestranda, **Glória Yanna Martins de Oliveira** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "Condições crônicas de usuários na atenção secundária: o autocuidado em situações de Diabetes Mellitus como ferramenta de promoção da saúde". A defesa da referida Dissertação ocorreu das 19:40 as 20:10, tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda aprovada por sua Dissertação e defesa pública.

Eu, Consuelo Helena Aires de Freitas que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.


Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas - UECE

(Orientadora e Presidente)


Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge - UECE

(1º membro)


Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira - UECE

(2º membro)

A minha mãe, Ivanir, base da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e acima de tudo, agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter colocado pessoas tão especiais em meu caminho e por revigorar minha fé fazendo-se presente em todos os momentos da minha caminhada.

À minha mãe, Ivanir, pelos ensinamentos de vida, pela dedicação e esforço dispensados em minha criação. Você é meu maior exemplo!

Ao meu namorado, Mário, pela compreensão, companheirismo e por ser minha ‘calmaria em meio à tempestade’. Você me ensina todos os dias a ser uma pessoa melhor.

À querida orientadora, Prof^a. Dr^a. Consuelo Helena, pelos ensinamentos transmitidos, por acreditar e estimular o crescimento de todos os seus orientandos e pela paciência de sempre.

Às Professoras, Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge, Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira e Dr^a. Luilma Albuquerque Gurgel pelas contribuições e valiosas considerações.

Aos colegas da turma X do Mestrado do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pelo crescimento conjunto durante essa caminhada.

Às colegas pesquisadoras do Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família pelas vivências e construções diárias.

Aos amigos, em especial cito as amigas Ana Livia e Laryssa Veras, que sempre se fazem presentes em minha caminhada acadêmica, partilhando saberes e alegrias.

À secretária e amiga Aline Luzia, pelo carinho e atenção em todos os momentos.

Aos demais professores e funcionários do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo incentivo financeiro.

A todos, meu muito obrigada!

Que vai ser quando crescer?
Vivem perguntando em redor. Que é ser?
É ter um corpo, um jeito, um nome?
Tenho os três. E sou?
Tenho de mudar quando crescer? Usar outro
nome, corpo e jeito?
Ou a gente só principia a ser quando cresce?
É terrível, ser? Dói? É bom? É triste?
Ser; pronunciado tão depressa, e cabe tantas
coisas?
Repito: Ser, Ser, Ser. Er. R.
Que vou ser quando crescer?
Sou obrigado a? Posso escolher?
Não dá para entender. Não vou ser.
Vou crescer assim mesmo.
Sem ser Esquecer.

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

Os dados de crescimento do Diabetes mellitus (DM) evidenciam lacunas no sistema de saúde, que não responde à tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. As pessoas com DM são responsáveis por cerca de 95% de seus próprios cuidados, necessitando, para isso, terem preservadas suas capacidades e desenvolvidas suas habilidades para o autocuidado. Assim, a partir do método estudo de caso do tipo incorporado, esta pesquisa objetivou analisar o autocuidado de usuários em situações de Diabetes *mellitus* tipo 2 na atenção secundária à saúde. A pesquisa foi realizada em um serviço ambulatorial especializado, localizado na cidade de Fortaleza-CE. Participaram do estudo: usuários com DM2 e profissionais de saúde do referido serviço. A coleta dos dados ocorreu em dois momentos: no primeiro momento foi aplicado o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) a 16 usuários, nos meses de maio e junho de 2015; no segundo momento, que ocorreu nos meses de julho e agosto de 2015, foram selecionados um usuário e três profissionais de saúde que prestam assistência a esse usuário, com os quais se realizaram entrevistas e observação sistemática. Os resultados oriundos do QAD foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0; enquanto os dados provenientes das entrevistas e observação sistemática foram analisados segundo a Análise de Conteúdo de Triviños. Como resultado à aplicação do QAD, encontrou-se uma média geral de 3,73 ($\pm 1,59$), evidenciando uma média geral de autocuidado abaixo da desejável. Os itens “seguir uma dieta saudável”, “seguir a orientação alimentar”, “ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais”, “realizar atividade física por pelo menos 30 minutos”, “realizar exercício físico específico”, “avaliar o açúcar no sangue” e “avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado” apresentaram os piores resultados. Da análise temática emergiram três eixos temáticos para discussão: Representações do Diabetes *mellitus* tipo 2; Fluxo de atendimento dos usuários com DM2; O cuidado à pessoa com Diabetes *mellitus* tipo 2. Os dados do QAD, somados aos resultados das entrevistas e observações demonstram entraves que necessitam ser superados em busca de um (auto)cuidado eficaz: falta de vínculo entre profissional-usuário; (des)responsabilização do profissional ante a situação de saúde do usuário; descontinuidade do cuidado. O estudo apresenta possibilidades de reflexões quanto ao cuidado que vem sendo produzido e recomendado pelos profissionais de saúde, bem como ao modo como as pessoas com DM vêm desenvolvendo seu autocuidado, buscando, a partir disso, que os atores desse processo

produtivo busquem maior corresponsabilização de forma a integrar o processo de saúde e doença do usuário.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 2. Autocuidado. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Growth data Diabetes mellitus (DM) has gaps in the health system that does not respond to the declining trend of acute problems and the rise of chronic conditions. People with diabetes account for about 95% of their own care, requiring it to have preserved their skills and developed their skills for self care. Faced with this scenario, from the case study method of the embedded type, this study aimed to analyze self-care users in situations of type2 diabetes mellitus in secondary health care. The survey was conducted in a specialized outpatient service located in the city of Fortaleza-CE. Study participants were users with DM2 and health professionals that service. Data collection occurred in two stages: the first time we used the Summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire (SDSCA) to 16 users in the months of May and June 2015; the second time, which took place in July and August 2015, we selected a user and three health professionals who provide assistance to that user, which took place interviews and systematic observation. The findings of this PAF were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS) version 18.0; while data from interviews and systematic observation were analyzed according to Triviños of Content Analysis. As a result of the implementation of the PAF, we met an overall average of 3.73 ± 1.59 , showing an overall average of self-care below the desirable. The items "following a healthy diet", "follow dietary guidance", "eat five or more servings of fruits and/or vegetable", "perform physical activity for at least 30 minutes", "perform specific exercise", "evaluate blood sugar" and "evaluate the blood sugar the number of times recommended" showed the worst results. Thematic analysis revealed three themes for discussion: Representations of type2 diabetes mellitus; Users of the service flow with DM2; Care production to the person with diabetes mellitus type2. Data from the PAF, added to the results of interviews and observations demonstrate that barriers need to be overcome in search of a (self) effective care: lack of link between professional-user; (un)professional accountability at the user's health status; Care discontinuity. The study presents reflections of possibilities as to the care that is being produced and recommended by health professionals, and the way people with diabetes are developing self-care, seeking, from that, the actors in this production process to seek greater co-responsibility to integrate the health and User disease process

Keywords: Diabetes mellitus type 2. Self-care. Nursing care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição do quantitativo de artigos encontrados e selecionados a partir dos critérios da pesquisa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	27
Tabela 2 -	Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão. Fortaleza-Ceará Brasil, 2015.....	29
Tabela 3 -	Caracterização sociodemográfica de usuários com DM2 em serviço ambulatorial da atenção secundária. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	49
Tabela 4 -	Caracterização clínica de usuários com DM2 em serviço ambulatorial da atenção secundária. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	50
Tabela 5 -	Adesão às atividades de autocuidado segundo o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	51
Tabela 6 -	Hábitos tabágicos segundo aplicação do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Componentes da revisão integrativa da literatura.....	25
Figura 2 -	Fluxograma de seleção dos artigos. Fortaleza, 2015. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	26
Figura 3 -	Método de estudo de caso.....	35
Figura 4 -	Tipos básicos de projetos para os estudos de caso.....	36
Figura 5 -	Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão.....	38
Figura 6 -	Convergência de várias fontes de evidências no estudo de caso.....	43
Figura 7 -	Triangulação dos dados da pesquisa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	45
Figura 8 -	Fluxograma do caminho percorrido pelo usuário com DM2 m busca de atendimento. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	62
Figura 9 -	Fluxograma do caminhar do usuário com DM2 no serviço ambulatorial especializado. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	64
Figura 10 -	Metodologia dos 5As para o autocuidado apoiado.....	67
Gráfico 1 -	Adesão de D. Rosa às atividades de autocuidado segundo aplicação do QAD Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.....	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA	Associação Americana de Diabetes
AMGC	Automonitorização da Glicemia Capilar
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CIDH	Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DM2	Diabetes mellitusTipo2
CHD	Doença Cardíaca Coronariana
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursisng and Allied Heath Literature</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HU-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MeSH	<i>Medical Subjetc Headings</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
QAD	Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes
QV	Qualidade de Vida
RASs	Redes de Atenção à Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SCDNT	Orem's Self-care Deficit Nursing Theory
SDSCA	Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire
SESA/CE	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRPB	Espiritualidade/Religiosidade/Crenças pessoais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UR	Unidade de Registro
WHO	<i>Worl Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	21
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS.....	22
3	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO A PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2	24
3.1	PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO JUNTO A PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	31
3.2	A TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO2.....	32
4	METODOLOGIA	34
4.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	35
4.2	CAMPO EMPÍRICO.....	36
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	39
4.4	COLETA DOS DADOS.....	40
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1	O AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2 A PARTIR DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES (QAD)	48
5.2	A VIDA DA PESSOA COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2.....	55
5.2.1	Dona Rosa: o caso representativo da pessoa com Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	55
5.2.2	Eixo 1: Representações do Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	57
5.2.3	Eixo 2: Fluxos da atenção à pessoa com Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2: a busca por atendimento e o acompanhamento na atenção secundária	61
5.2.4	Eixo 3: O cuidado à pessoa com Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	65
5.2.4.1	Estratégias de enfermagem e saúde para o autocuidado de pessoas com DM2.....	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	81

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS.....	82
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS.....	83
APÊNDICE C - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS DOS USUÁRIOS.....	84
APÊNDICE D - ENTREVISTA COM USUÁRIOS.....	85
APÊNDICE E - CARACTERÍSTICAS SOCIOLABORAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	86
APÊNDICE F - ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	87
APÊNDICE G - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	88
APÊNDICE H - IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE CONTEXTO E DE REGISTRO.....	89
ANEXOS.....	90
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES (QAD).....	91
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	92

1 O DESPERTAR ÀS PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS*

O interesse em trabalhar com o autocuidado das pessoas com Diabetes *mellitus* (DM) provém dos estudos e da vivência obtida como integrante do Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família, onde tive a oportunidade de atuar nas pesquisas “Ensinando o Cuidado a Pessoas e Cuidadores em Situações de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na Promoção do Cuidado Clínico de Enfermagem” e “Avaliação do Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem no Cuidado à Saúde ao Usuário e Cuidador em Situação de Doenças Crônicas: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial”.

Essa experiência foi reforçada durante a produção da monografia de graduação, onde foi investigado o saber-fazer de pessoas hospitalizadas com DM. A partir dos resultados dessa pesquisa, foi percebido que as pessoas com DM investigadas referiram ter dúvidas em relação aos cuidados necessários para o adequado manejo da doença, com vistas à promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Os achados dessas pesquisas evidenciaram carência na realização de estratégias que facilitem e estimulem as pessoas com DM a desenvolverem seu autocuidado, o que pode contribuir para o aumento ou agravamento das complicações, com conseqüente elevação no número de hospitalizações e mortes associadas ao DM.

Neste estudo, adota-se o termo usuário para caracterizar as pessoas que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), pois este é entendido como um termo mais amplo, “capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal, que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania (SAITO et al., 2013, p. 176). A utilização do termo usuário corrobora com a atual dinâmica dos serviços de saúde de desenvolver a autonomia e o empoderamento do cidadão, bem como a ação reflexiva dos profissionais, permitindo um cuidado integral comprometido com os conceitos propostos pelo SUS e a compreensão do serviço de saúde como direito e cidadania.

O SUS é um sistema que se organiza de forma fragmentada e que responde às demandas sociais com ações reativas, episódicas e voltadas, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas (MENDES, 2009). As ações de saúde, na atualidade, são essencialmente curativas, voltadas para o atendimento de agravos agudos, à medida que se observa uma prevalência das condições crônicas (OLIVEIRA et al., 2011).

Dentre as condições crônicas, o DM se apresenta como uma morbidade relevante devido ao acometimento populacional crescente e à natureza incapacitante dos agravos decorrentes de suas complicações. As intervenções profissionais visam, especialmente, à obtenção do controle glicêmico para evitar ou minimizar tais complicações, nesse contexto de atendimento, intervenções educativas com vistas à inclusão das pessoas no cuidado da própria saúde são essenciais (OLIVEIRA et al., 2011).

Os números relacionados ao DM apontam a importância e a gravidade dessa doença. Caracterizado como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) ou como uma condição crônica de saúde, segundo a nova categorização acolhida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o DM é responsável por um número de mortes quatro vezes maior do que a AIDS e supera o número de vítimas do trânsito. Em 2010, 54 mil brasileiros morreram em decorrência do diabetes, enquanto 12 mil óbitos foram ocasionados pelo vírus HIV e 42 mil mortes foram registradas por acidentes de trânsito em todo país. Esse número seria ainda maior, se considerado que o diabetes age como fator de risco para várias outras doenças - como câncer e doenças cardiovasculares (AGÊNCIA SAÚDE, 2012).

De acordo com dados disponíveis na literatura, as pessoas com DM são responsáveis por cerca de 95% de seus próprios cuidados e, por essa razão, necessitam ter preservadas suas capacidades e desenvolvidas suas habilidades para o autocuidado (GROSSI; PASCOLI, 2011).

Na enfermagem, o autocuidado foi mencionado pela primeira vez por Dorothea Elizabeth Orem, sendo entendido como uma atividade do indivíduo apreendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. Para Foucault o cuidado é substituído pelo cuidado de si, entendido como a *arte da existência*, princípio segundo qual convém ocupar-se de si mesmo derivando em imperativos sociais e elaborando saberes coletivos (SILVA et al., 2009).

O autocuidado e o cuidado de si apresentam diferenças paradigmáticas: o primeiro está centrado no paradigma da totalidade, adota o pressuposto de que a pessoa é resultado da soma de suas partes (biológico, psicológico, social, espiritual); já o cuidado de si está atrelado ao paradigma da simultaneidade, que adota que a pessoa não é um ser somativo, pois o todo é maior do que a soma das partes, assim como as partes são representativas desse todo (SILVA et al., 2009).

Neste estudo, a referência ao autocuidado parte da perspectiva de que o usuário deixe de ser passivo em relação aos cuidados e diretrizes apontadas pela medicina, a partir de uma abordagem ampliada sobre saúde e necessidades de cuidado. O autocuidado está relacionado a um comportamento pessoal que pode influenciar na saúde, porém, o mesmo não

ocorre de forma isolada, mas em conjunto com fatores ambientais, sociais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde (GOMIDES et al., 2013).

O autocuidado deve estar pautado na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para que, juntas, possam definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. Trata-se da gestão colaborativa do cuidado, onde os profissionais de saúde deixam de ser prescritores e transformam-se em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, com uso de abordagens que incluam o uso de programas de apoio construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas (MENDES, 2012).

Boas et al. (2011) definem que a adesão ao autocuidado em DM é uma extensão do comportamento da pessoa, referente ao uso de medicação, ao seguimento de dietas e à prática de atividades físicas que favorecem a mudança de comportamento e a adoção de hábitos de vida saudáveis. Para tanto é necessário fornecer a esse indivíduo conhecimento, habilidade, atitude e motivação para o autocuidado, sendo a educação contínua e o apoio dos familiares e profissionais de saúde práticas fundamentais nesse processo (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Em estudo realizado por Santos e Araújo (2011), observou-se que alguns fatores contribuíam com a falta de adesão ao tratamento por parte da pessoa assistida, um desses fatores está relacionado à formação do profissional, essencialmente, tecnicista, excluindo aspectos culturais que podem ser decisivos na adesão à terapêutica por parte do usuário. O desconhecimento do fator cultural dessa clientela pode levar a uma abordagem meramente biológica e tecnicista, caracterizada por autoritarismo e falta de diálogo com as pessoas afetadas pelo diabetes, não estabelecendo uma relação de confiança entre profissional e usuário.

Ante a esse cenário, para acompanhamento das pessoas com condições crônicas, aponta-se o autocuidado apoiado como uma das ferramentas de cuidado no SUS, onde o foco principal das intervenções é apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde. Esta é a razão da denominação autocuidado apoiado, pois o mesmo não trata de uma desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas o apoio significativo para que as pessoas usuárias empoderem-se em relação à sua saúde (MENDES, 2012).

O usuário precisa ser assistido com ações e orientações oportunas ao seu tratamento, de forma individualizada e de acordo com sua capacidade cognitiva, levando-se

sempre em conta suas crenças e costumes. É importante que o cuidado às pessoas com DM seja realizado por uma equipe que atue de forma interdisciplinar, visto que o tratamento dessa doença envolve diversos fatores. No entanto, o contexto de atuação da educação em saúde, destacamos as ações do enfermeiro, pois o mesmo desempenha papel fundamental nesse processo, visto que o processo educativo constitui uma das suas principais atividades.

Os profissionais de saúde precisam estar preparados para reconhecer a individualidade dos usuários, identificando suas necessidades, além de desenvolver habilidades para comunicação e utilizar diferentes estratégias didáticas, considerando as especificidades da educação de adultos, já a partir do atendimento individual para, então, elaborar e implementar programas educativos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

As ações de enfermagem no manejo do DM sob a perspectiva da mudança comportamental têm como objetivos: identificar a mudança comportamental como uma condição necessária ao adequado manejo da doença; compreender que a educação para mudança comportamental ocorre em programas formais de educação; relacionar os fatores que interferem na mudança de comportamento; identificar os comportamentos de autocuidado necessários ao controle da doença; buscar formas de abordagem frente aos fatores intervenientes; utilizar os comportamentos de autocuidado na avaliação dos resultados educacionais a curto, médio e longo prazo (DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Existe, portanto, a necessidade de uma atuação eficaz, de qualidade e contínua dos profissionais de saúde, junto às pessoas com diabetes no desenvolvimento da educação em saúde com vistas ao autocuidado e construção de estratégias de cuidado que atendam às necessidades específicas de cada indivíduo. A Sociedade Brasileira de Diabetes (2015, p. 248) afirma que: ‘só podemos considerar a educação em diabetes efetiva se esta resultar em mudanças e/ou aquisição de comportamentos; caso contrário, estaremos somente transmitindo informações’.

A educação em diabetes, além de ser um processo contínuo de facilitação e acesso ao conhecimento, deve promover o desenvolvimento de habilidades necessárias para o autocuidado e para o gerenciamento do diabetes pelo próprio paciente e/ou familiar/cuidador” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). No entanto, não basta aumentar o conhecimento e as habilidades, é necessário que a pessoa com DM acredite na necessidade de mudanças de comportamento para a preservação do bem-estar e perceba que as vantagens

dessa atitude são maiores que as desvantagens (DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Observa-se que o cuidado à saúde das pessoas com Diabetes *mellitus* tipo2 ainda é delimitado pelo modelo hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo, em substituição de práticas que valorizem a clínica com cuidado pautado no exercício da relação usuário-família-profissionais de saúde, ocasionando em baixa resolutividade no controle da doença.

Diante desse cenário, surgiu a seguinte questão norteadora para a presente investigação:

Como vem sendo realizado o autocuidado de usuários com Diabetes *mellitus* tipo2 atendidos na atenção secundária à saúde?

A partir desta, a fim de guiar a pesquisa, surgiram os seguintes questionamentos específicos:

Qual a adesão às atividades de autocuidado de usuários com Diabetes mellitus tipo 2atendidos na atenção secundária à saúde?

Como os profissionais de saúde produzem o cuidado aos usuários com diabetes mellitus tipo2?

As ações dos profissionais de saúde são projetadas a partir da perspectiva da mudança comportamental para o autocuidado?

Espera-se que o conhecimento produzido a partir dos resultados desse estudo possa servir como importante dispositivo para a elaboração e implementação de estratégias voltadas à saúde das pessoas com DM, incentivando a cooperação entre usuário e equipe de saúde, na perspectiva da mudança comportamental, tendo como objetivo uma gestão colaborativa do cuidado e proporcionando uma melhor qualidade de vida a esses usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o autocuidado de usuários com Diabetes *mellitus* tipo2naatenção secundária à saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

Descrever a adesãoàs atividades de autocuidado de pessoas com Diabetes *mellitus* tipo2;

Mapear o fluxo de atendimento às pessoas com Diabetes *mellitus* tipo2em serviço ambulatorial da atenção secundária à saúde;

Identificar como ocorre a prática clínica de saúde na perspectiva do autocuidadode usuários com Diabetes *mellitus* tipo2;

Pontuar estratégias de enfermagem e saúdepara promoção do autocuidadode pessoas com Diabetes *mellitus* tipo2.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO A PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

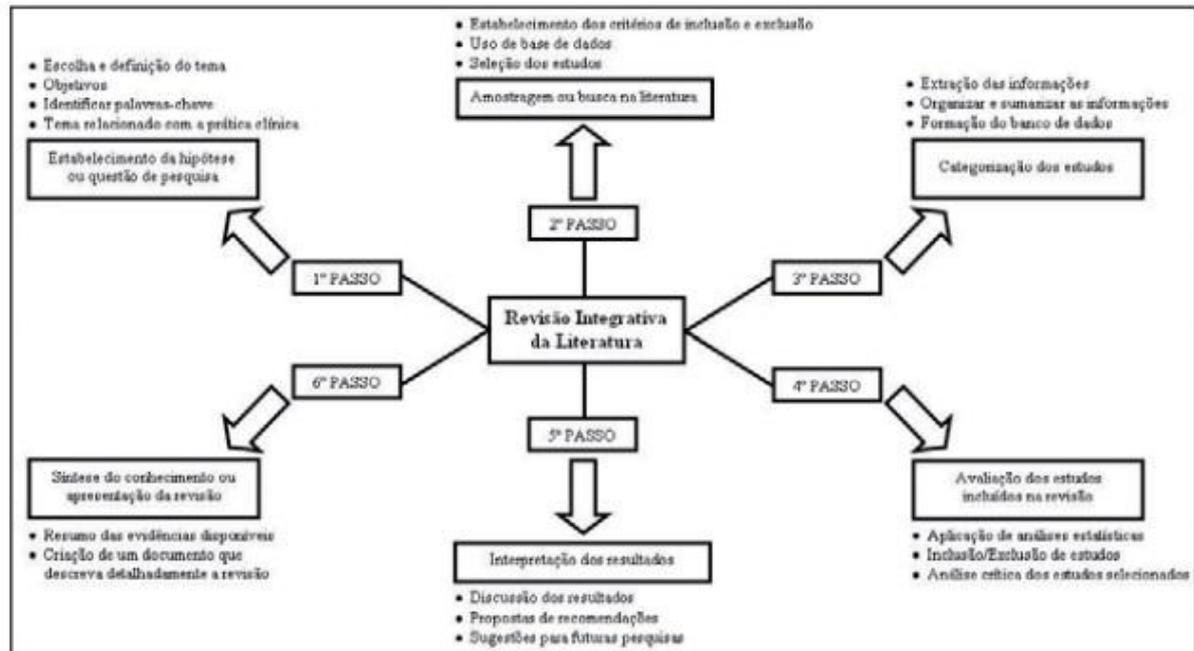
A revisão de literatura deste estudo refere-se a uma revisão integrativa, que possibilitou aproximação às publicações existentes em relação à atuação da enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com DM2.

Optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura, visto que esse tipo de estudo inclui a análise de pesquisas relevantes, possibilitando a síntese do conhecimento de determinado assunto, o que auxilia na tomada de decisão para a melhoria da prática clínica, além de apontar as lacunas existentes que precisam ser preenchidas com a realização de outros estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2007).

Para a elaboração da presente revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa consistiu na apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Figura 1 - Componentes da revisão integrativa da literatura



Fonte: MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008.

A formulação da pergunta foi realizada a partir da estratégia PICO, ficando assim definida: a população corresponde às “pessoas com Diabetes mellitus tipo2”; como intervenção designou-se as “intervenções de enfermagem”; não houve descritor para designar critério de comparação; e como resultado esperado a “promoção do autocuidado”. Assim, o questionamento central para condução desta revisão foi: “Qual o panorama da produção científica acerca das intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com Diabetes mellitus tipo2?”

Para seleção dos estudos, foram utilizados, por meio do acesso *Online*, os sistemas de bases de dados importantes no contexto da saúde: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde(LILACS), MEDLINE(via EBSCO), *Cumulative Index toNursingandAlliedHeathLiterature*(CINAHL) e SCOPUS. O levantamento dos artigos foi realizado por dois revisores independentes, nos meses de julho e agosto de 2015. Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, buscando, com isso, minimizar possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão integrativa.

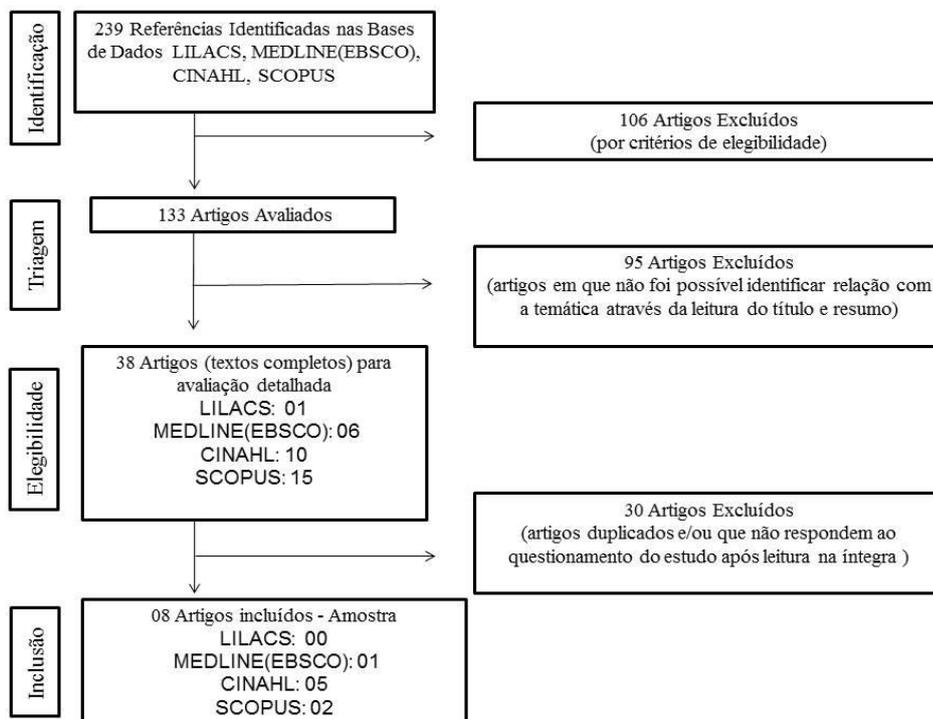
Os critérios de inclusão dos artigos definidos para a presente revisão integrativa foram: artigos científicos originais que apresentassem a temática “intervenções de enfermagem com vistas à promoção do autocuidado de pessoas com DM2”; publicados em inglês, espanhol ou português; nos últimos 10 anos (período de janeiro de 2005 e julho de 2015); e disponíveis na íntegra. Excluiu-se: relatos de casos informais e editoriais.

Foram utilizados descritores controlados e não controlados para a obtenção de uma ampla busca na literatura do assunto tratado, com a finalidade de se realizar uma análise consistente dos artigos disponíveis na literatura. Para este estudo, utilizaram-se os seguintes descritores controlados, conforme Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH): Diabetes Mellitus tipo 2 (*Diabetes Mellitus, type 2*); cuidados de enfermagem (*nursingcare*); e autocuidado (*self care*); e o descritor não controlado: intervenções de enfermagem (*nursing interventions*).

O entrecruzamento entre os descritores controlados foi mediado pelo operador booleano “and” e o cruzamento entre o descritor controlado “cuidados de enfermagem” e o descritor não controlado “intervenções de enfermagem” foi mediado pelo booleano “or”.

O processo de seleção dos artigos está descrito a seguir, pelo qual se apresenta o processo em um diagrama de fluxo dividido em quatro fases. (Figura 2)

Figura 2 - Fluxograma de seleção dos artigos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015



Fonte: Elaborado pela autora.

Foi utilizado como suporte científico para extração dos dados relevantes presentes nos artigos incluídos na amostra da revisão um instrumento elaborado, submetido à validação de aparência e de conteúdo. O presente instrumento contempla os seguintes itens: dados de

identificação do artigo; instituição sede do estudo; tipo de revista científica; características metodológicas do estudo; e avaliação do rigor metodológico (URSI; GALVÃO, 2006).

Os resultados estão apresentados de forma descritiva, fazendo uso de tabelas, objetivando-se captar as evidências disponíveis acerca das intervenções de enfermagem voltadas à promoção do autocuidado de pessoas com DM2 e visando organizar e reunir o conhecimento sobre a temática investigada.

Inicialmente, na Tabela 1, apresenta-se o resumo da busca a partir do cruzamento dos descritores, evidenciando quantos artigos foram encontrados em cada base de dados e quantos foram selecionados para compor a amostra após aplicação de todos os critérios estabelecidos na pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição do quantitativo de artigos encontrados e selecionados a partir dos critérios da pesquisa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015

Artigos/base	Lilacs	Medline/Ebsco	Cinahl	Scopus	Total
Encontrados	03	38	59	139	239
Excluídos	03	37	54	137	231
Selecionados	00	01	05	02	08

Fonte: Elaborada pela autora.

A base de dados Scopus destacou-se como a base com maior quantitativo de artigos indexados encontrados, no entanto, apenas dois artigos compuseram a amostra. Cinahl foi a base de dados que apresentou o maior número de artigos, cinco, que atenderam aos critérios estabelecidos no estudo. Na base Medline via EBSCO, um artigo atendeu aos critérios e zero artigos selecionados na base Lilacs. Ressalta-se que os artigos duplicados foram contabilizados para a base com o maior quantitativo de artigos que atendiam aos critérios da pesquisa.

Quanto ao idioma de publicação, seis artigos foram publicados originalmente no idioma inglês, um em espanhol e um em português. Já em relação ao ano de publicação dos mesmos, a partir do período adotado para seleção dos artigos (janeiro de 2005 a julho de 2015), observa-se que a produção em relação à temática está bem distribuída entre os anos: quatro artigos publicados antes de 2010 (dois em 2006 e dois em 2007) e quatro artigos publicados nos últimos cinco anos (dois em 2012, um em 2013 e um em 2015).

Essa distribuição equânime em relação à publicação dos últimos 10 anos pode evidenciar que a produção em relação à temática encontra-se em estagnação, o que se

apresenta como desafio para enfermagem, visto que as complicações do DM atingem um número cada vez maior de pacientes.

Para os resultados da presente revisão integrativa foram analisados oito artigos aos quais atenderam aos critérios de seleção estabelecidos. A seguir aponta-se um panorama geral da análise desses artigos. (Tabela 2)

Ao analisar os delineamentos de pesquisa na amostra estudada, identificou-se que todos os artigos discriminaram o método utilizado. Observou-se também que os estudos incluídos nesta pesquisa tiveram delineamentos metodológicos de pesquisa experimental, quase experimental e não experimental. Aplicando-se a classificação recente que classifica a qualidade das evidências em sete níveis (GALVÃO, 2006; MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005), obteve-se: dois estudos apresentam nível de evidência dois (GALLEGOS; OVALLE-BERÚMEN; GOMEZ-MEZ, 2006; WATTANA et al., 2007); dois estudos nível de evidência três (IMAZU et al., 2015; ROSMAWATI; ROHANA; MANAN, 2013); e quatro estudos com nível de evidência seis (HERMELINDA et al., 2006; KARAKURT; KASIKÇI, 2012; KUMAR, 2007; SÜRÜCÜ; KIZILCI, 2012;).

A análise do conteúdo dos artigos possibilitou identificar as intervenções de enfermagem discutidas a partir de suas temáticas principais.

Tabela 2 - Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015

Título	Autor(es)	Objetivo(s)	Metodologia	Resultado(s)
The Evaluation of Supportive-Developmental Nursing Program on Self-Care Practices of Persons with Type 2 Diabetes at the Health Centre in Bachok, Kelantan	Rosmawati, M.; Rohana, A.J.; Wan A. Manan	Avaliar a eficácia de um programa planejado de apoio-desenvolvimentista de enfermagem sobre as práticas de autocuidado das pessoas com diabetes tipo2	Estudo Quase Experimental	Os escores médios de total e subtotal das práticas de autoatendimento do grupo experimental foram significativamente mais elevados do que os do grupo controle. Não houve diferença significativa ($p < 0,05$) para alterações de HbA1c antes e depois da intervenção em qualquer um dos grupos
Use of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory in the Self-Management Education of Patients with Type 2: A Case Study	Hamdiye Arda Sürücü; Sevgi Kızılcı,	Indicar o uso da Orem's self-care deficit nursing theory (SCDNT) na educação para autogestão de pacientes com diabetes tipo 2	Estudo de Caso	Uso de SCDNT na educação para autogestão do diabetes serviu como um guia na identificação, planejamento e implementação. A aplicação demonstrou que pode ser utilizada para melhorar comportamentos de autocuidado e para abordar o assunto (educação, orientar etc.), trazendo mudanças positivas para o estado de saúde do paciente
Intervención de Enfermería en el Autocuidado con Apoyo Educativo en Personas con Diabetes mellitus tipo 2	Avila Alpirez, Hermelinda et al.	Conhecer a influência das intervenções de enfermagem no autocuidado das pessoas com Diabetes mellitus tipo2 com apoio educativo	Descritivo	Nos resultados do teste preliminar e pós-teste à enfermagem intervenção houve significância estatística na capacidade de autocuidado após receber escola de apoio de cuidados
Metabolic Control of Adults With Type 2 Diabetes Mellitus Through Education and Counseling	Esther C. Gallegos, Fernando Ovalle-Berúmen, Marco Vinicio Gomez-Meza	Testar a eficácia de uma intervenção de enfermagem controlada centrada na educação e aconselhamento para melhorar o controle metabólico de adultos diagnosticados com diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) em atendimento ambulatorial	Estudo Quase Experimental Randomizado	Os resultados mostraram uma diminuição significativa na HbA1c no grupo experimental, bem como efeitos positivos da agência de autocuidado, adaptação e obstáculos ao tratamento (mais um interação) sobre os níveis de HbA1c e nas dezenas de ações de autocuidado

Application of Orem's Self-Care Deficit Theory and Standardized Nursing Languages in a Case Study of a Woman with Diabetes	Coleen P. Kumar	Ilustrar o processo de prática de enfermagem baseado na teoria, apresentando um estudo de caso de uma enfermeira especialista em clínica de avaliação e cuidados de uma mulher com diabetes tipo 2	Estudo de Caso	A Teoria do déficit do autocuidado de Orem dirige o educador em diabetes, na orientação de um cliente através do processo de autogestão de diabetes
Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes	Chodchoi Wattana; Wichit Srisuphan; Linchong Pothiban; Sandra L. Upchurch	Comparar o nível de HbA1c, risco de doença cardíaca coronariana e qualidade de vida entre pacientes diabéticos que receberam um programa de auto-gestão do diabetes e aqueles que recebem os cuidados de enfermagem habituais	Ensaio Clínico Randomizado	O grupo experimental demonstrou uma diminuição significativa no nível de hemoglobina A1c e o risco de doença cardíaca coronariana (CHD), com um aumento da qualidade de vida (QV) em comparação com o grupo de controle
Efetividade das intervenções individual e em grupo junto a pessoas com diabetes tipo 2	Maria Fernanda Manoel Imazu; Barbara Nascimento Faria; Guilherme Oliveira de Arruda; Catarina Aparecida Sales; Sonia Silva Marcon	Comparar a efetividade de duas intervenções educativas, realizadas por uma operadora de saúde no acompanhamento ao indivíduo com diabetes mellitus Tipo 2 (DM2), quanto ao conhecimento sobre a doença, impacto na qualidade de vida e adoção de ações de autocuidado	Estudo comparativo, longitudinal e prospectivo	Em ambos os modelos de intervenção foram observadas melhoras dos indicadores ao longo dos seis meses de acompanhamento
The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self-care	Papatya Karakurt; Magfiret Kara Kasıkçı	Determinar o efeito da educação em autocuidado dada aos pacientes com diabetes mellitus tipo 2	Estudo Experimental Pré e Pós - teste	Diferença estatística significativa foi encontrada entre os valores médios de pré-educação e pós-ensino. Os resultados demonstram que a educação dada aos pacientes melhora o seu autocuidado e as variáveis de controle metabólico

Fonte: Elaborada pela autora.

3.1 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO JUNTO A PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Foram apresentadas nos artigos intervenções de enfermagem tendo como foco de destaque a educação em saúde para o autocuidado. A atuação da enfermagem apresenta-se como forma eficiente de se atingir os níveis terapêuticos desejáveis para o controle do DM2. Estudos sugerem que o desenvolvimento de programas com intervenções de enfermagem são eficazes em ajudar os pacientes com diabetes tipo2 a melhorar suas práticas de autocuidado (HERMELINDA et al., 2006; ROSMAWATI; ROHANA; MANAN, 2013).

O objetivo dos programas educativos é capacitar o indivíduo a entender e a motivar-se a participar efetivamente do seu regime terapêutico. Os indivíduos que não recebem a educação em diabetes apresentam uma forte tendência para o aumento do risco de complicações da doença (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

O autocuidado parte da perspectiva de que o usuário deixe de ser passivo em relação aos cuidados e diretrizes apontadas pela medicina. O autocuidado está relacionado a um comportamento pessoal que pode influenciar na saúde, porém, o mesmo não ocorre de forma isolada, mas em conjunto com fatores ambientais, sociais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde (GOMIDES et al., 2013).

Em ensaio clínico realizado para comparar o nível de HbA1c, risco de doença cardíaca coronariana (CHD) e qualidade de vida entre pacientes diabéticos que receberam um programa de autogestão do diabetes e aqueles que recebem os cuidados habituais de enfermagem, os resultados indicaram que o grupo experimental demonstrou uma diminuição significativa no nível de HbA1c e no risco de CHD, com um aumento da qualidade de vida em comparação com o grupo de controle (WATTANA et al., 2007).

Esses achados corroboram aos de outro estudo, no qual os resultados evidenciaram que o aconselhamento e o modelo educacional aplicados na intervenção de enfermagem foram eficazes para melhorar o controle metabólico dos pacientes diabéticos no grupo experimental, com uma diminuição significativa na HbA1c no grupo experimental, bem como efeitos positivos da agência de autocuidado (GALLEGOS; OVALLE-BERÚMEN; GOMEZ-MEZ, 2006).

O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, está ciente de que o autocuidado é exigido em diabetes e deve saber que a automonitorização da glicemia e a participação dos pacientes na gestão da sua doença é um bom indicador para o seu autocuidado. Autocuidado

em diabetes requer esforço e existem vários fatores que o afetam (KARAKURT; KASIKÇI, 2012).

Os profissionais de saúde precisam estar preparados a reconhecer as diferenças individuais dos pacientes, identificando suas necessidades, além de desenvolver habilidades para comunicação e utilizar diferentes estratégias didáticas, considerando as especificidades da educação de adultos, já a partir do atendimento individual para, então, elaborar e implementar programas educativos que atendam a essas necessidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

3.2 A TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

O uso da Teoria do déficit de autocuidado oferece subsídios ao cuidado por estar essencialmente apoiada na premissa segundo a qual todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade (VITOR; LOPES; ARAÚJO, 2010). Orem acredita que as pessoas possuem potencial para aprender e desenvolver-se e que a forma como o indivíduo preenche as necessidades de autocuidado não é instintiva, mas um comportamento aprendido (GEORGE, 2000).

Em estudo realizado para indicar o uso da Orem's Self-care Déficit Nursing Theory (SCDNT) na educação para autogestão de pacientes com diabetes tipo2 os resultados apontam que o uso da teoria serviu como um guia, dirigindo o educador, na identificação, planejamento e implementação de enfermagem e que sua aplicação pode ser feita para melhorar comportamentos de autocuidado (SÜRÜCÜ; KIZILCI, 2012; KUMAR, 2007).

Segundo a teoria, a enfermagem é exigida quando um adulto, pai ou responsável é incapaz ou tem limitações na provisão de autocuidado efetivo continuado, ou seja, quando existe um déficit de autocuidado entre o que o indivíduo pode fazer (ação de autocuidado) e o que precisa ser feito (exigência de autocuidado). Nesse contexto de atuação da enfermagem, Orem identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar. Em que se pode utilizar um ou todos esses métodos para proporcionar assistência ao autocuidado (GEORGE, 2000).

Segundo Farias e Pagliuca (2006) os conceitos e definições da teoria são acessíveis, apresentando base empírica, apontando a teoria como sendo útil para direcionar a prática e a pesquisa de enfermagem. Esses conceitos são amplos e seus indicadores empíricos

não estão apenas no domínio da enfermagem, podendo também ser identificados em outras áreas da saúde.

O uso da teoria auxilia na padronizada da linguagem de enfermagem, e esta facilita e melhora a comunicação entre enfermeiros, além de auxilia na padronização de conhecimentos para a prática de enfermagem (KUMAR, 2007). Entre as limitações ao uso da teoria foi apontada a dificuldade em colocar a teoria em prática devido à natureza abstrata de seus conceitos (SÜRÜCÜ; KIZILCI, 2012).

A partir desta revisão foi possível identificar aspectos relevantes para aproximação à temática e em relação ao panorama da produção científica de enfermagem. Os resultados apontam intervenções de enfermagem com vistas ao autocuidado da pessoa com DM2 que apresentam como foco principal de atuação a educação em saúde para promoção do autocuidado. No entanto, observou-se que as intervenções tiveram como único foco de atuação as pessoas com DM2, em detrimento de uma abordagem ampliada, envolvendo familiares e/ou outras pessoas envolvidas nessa produção.

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem foi apontada como um guia para dirigir o educador, enfermeiro, em diabetes e o uso da linguagem padronizada de enfermagem como facilitadora para comunicação entre enfermeiros, auxiliando na padronização de conhecimentos para a prática de enfermagem.

Frente às limitações em relação ao quantitativo de produções encontradas, apreende-se a necessidade de se intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas com delineamentos que produzam um maior número de evidências relacionadas ao objeto investigado. Para se prestar uma assistência de qualidade é imprescindível vincular conhecimento científico à prática clínica, o que evidencia a importância de se realizar pesquisas diretamente relacionadas aos cuidados/intervenções de enfermagem com vistas à promoção do autocuidado de pessoas com DM2.

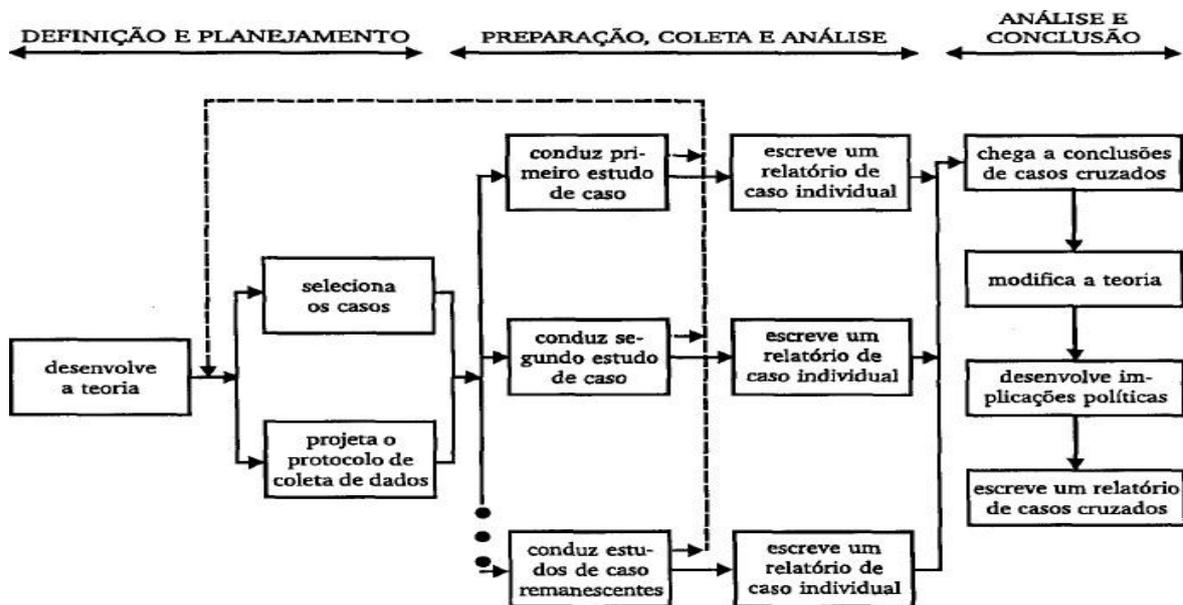
4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo Estudo de Caso. Conforme Yin (2005), o estudo de caso evidencia sua potencialidade em descrever o contexto real em que ocorre a intervenção e a sua capacidade em explorar situações específicas, permitindo a identificação, na realidade estudada, de inter-relações entre pressupostos e práticas concretas.

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo - com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados (Figura 3). Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para a coleta de dados nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente (YIN, 2005).

Figura 3 - Método de estudo de caso



Fonte: Yin (2005).

De acordo com Yin (2005), a pesquisa de estudo de caso pode incluir tanto estudos de caso único quanto de casos múltiplos, em que define-se “caso” como um indivíduo, como nos estudos de caso clássico, ou o “caso” também pode ser algum evento ou entidade

que é menos definido do que um único indivíduo. Assim, para presente investigação, optou-se pelo estudo de caso único, sendo o autocuidado de usuários com DM tipo 2o objeto em estudo.

Os estudos de caso, tanto de caso único quanto de casos múltiplos, refletem situações de projeto diferentes e, dentro desses dois tipos, também pode haver unidades unitárias ou múltiplas de análise. Assim, para estratégia de estudo de caso, existem quatro tipos de projetos (Figura 4).

Figura 4 - Tipos básicos de projetos para os estudos de caso

	projetos de caso único	projetos de casos múltiplos
holísticos (unidade única de análise)	TIPO 1	TIPO 3
incorporados (unidades múltiplas de análise)	TIPO 2	TIPO 4

Fonte: Yin (2005).

Para atender aos seus objetivos, incorporando unidades de análise relevantes ao longo do processo investigativo, a pesquisa caracteriza-se como estudo de caso incorporado, em que podem ser acrescentadas subunidades de análises em um caso único, de forma que se possa desenvolver um projeto mais complexo - ou incorporado. As subunidades podem frequentemente acrescentar oportunidades significativas a uma análise extensiva, realçando o valor das impressões em um caso único (YIN, 2005).

4.2 CAMPO EMPÍRICO

O Ministério da Saúde, a fim de reorganizar a atenção à saúde da pessoa com doenças crônicas a partir da lógica das Redes de Atenção à Saúde, instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da publicação da Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. A finalidade da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2014a).

Os componentes específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas são: atenção básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos; regulação e governança. Como componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno (BRASIL, 2014a).

Partindo dessa compreensão dos pontos constituintes da rede, a coleta dos dados foi realizada no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), serviço ambulatorial especializado da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, localizado na cidade de Fortaleza - Ceará, que é referência para o estado no atendimento em Diabetes *mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica e endocrinopatias. A escolha por esse campo de estudo, partiu da compreensão de que o atendimento às pessoas com DM demanda uma assistência articulada, integrada e, por ser este o serviço especializado, referência no atendimento a esses usuários.

No CIDH, serviço inaugurado no dia 14 de abril de 1988, os usuários recebem atenção em diversas especialidades médicas (endocrinologistas, cardiologistas, nefrologistas, oftalmologistas, angiologistas, psiquiatras), bem como de enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, cirurgiões dentistas (SESA/CE, 2013).

No Ceará, cerca de 300 pacientes são atendidos diariamente no CIDH. Os pacientes com complicações crônicas decorrentes do DM, como pé diabético, hipertensão, doenças renais, doenças cerebrovasculares, entre outras, são encaminhados através da Central de Regulação pelos serviços de atenção básica. A estimativa é de que no Ceará existam 380 mil pessoas portadoras de diabetes. Cerca de 56% da população com diabetes não sabe que tem a doença e 40% das pessoas com diabetes não conseguem realizar o controle adequado da enfermidade (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2014).

Figura 5 - Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão



Fonte: <http://www.endocrino.org.br/atualizacao-no-ceara/> Acesso em: 05 novembro 2014

Atualmente, o centro é constituído por dois pavimentos, onde se distribuem, no piso inferior, o serviço de arquivo médico (SAME), almoxarifado, farmácia, ouvidoria, setor de exames complementares, sala do leito dia (onde é realizado o tratamento e a observação das pessoas que estejam apresentando hipo ou hiperglicemia, até que o nível glicêmico se normalize), sala do “pé diabético”, além dos consultórios médico, odontológico, fisioterapia, nutrição e de enfermagem (onde se realizam as consultas de enfermagem). No piso superior, encontram-se salas administrativas, de educação permanente, biblioteca, sala para reuniões, consultório de nutrição e de enfermagem voltados ao atendimento de pessoas com DM tipo 1 e DM gestacional.

Este centro é campo de estágio para os alunos de diversas universidades, incluindo a UECE, proporcionando oportunidades a estudantes de graduação e pós-graduação de acompanhar e realizar cuidados de enfermagem à população atendida na unidade. Na graduação em Enfermagem da UECE, tive a oportunidade de atuar nesta instituição durante os estágios teórico-práticos da Disciplina de Saúde Coletiva e Internato em Enfermagem.

Ressalta-se que a unidade foi selecionada por ser o serviço especializado de referência para o atendimento da população objeto deste estudo, tornando-se assim, o cenário de escolha para o desenvolvimento da pesquisa.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo teve como participantes usuários com Diabetes *Mellitus* tipo2 atendidos no campo de investigação e profissionais de saúde da referida instituição.

Optou-se por realizar a coleta dos dados em duas fases, assim discriminadas:

No primeiro momento, a fim de conhecer a adesão ao autocuidado de usuários atendidos na unidade do estudo, realizou-se a aplicação do QAD aos usuários com DM tipo2, cujos critérios de inclusão estabelecidos foram: usuários atendidos na referida instituição durante o período de coleta, diagnosticados com DM tipo2, que possuíssem mais de 18 anos e que estivessem em condições de responder aos questionamentos; foram excluídos os usuários impossibilitados de realizar as atividades de autocuidado.

Assim, ao final do período de aplicação do questionário, 16 usuários haviam composto a amostra do estudo, selecionada por conveniência, neste momento inicial. Esse momento apresentou-se como uma aproximação à realidade das pessoas assistidas nesta unidade em relação ao seu autocuidado.

No segundo momento, foi selecionado um usuário entre os que apresentaram média de autocuidado classificada como não adequada a partir da aplicação do questionário para se realizar um acompanhamento mais detalhado, a fim de obter dados importantes para o alcance dos objetivos propostos. Os critérios de inclusão foram: usuário que obteve média de autocuidado classificada como não adequada a partir da análise do QAD; disponibilidade em receber a pesquisadora em sua residência em momentos posteriores ao contato inicial na unidade; e acessibilidade à residência do usuário.

Nesse segundo momento, além das entrevistas realizadas com o usuário selecionado, também foram investigados profissionais de saúde que assistem a esse usuário na unidade campo do estudo e um familiar do usuário que colabora nas atividades de cuidado. Eles mesmos foram investigados como forma de apreender suas opiniões acerca do autocuidado realizado pelas pessoas com DM2 e da responsabilização e cooperação desses colaboradores para o desenvolvimento do autocuidado.

Quanto aos profissionais, ficaram estabelecidos como critérios de inclusão: profissionais da saúde que atuem realizando consultas aos usuários com DM tipo2 e que possuam, na referida unidade, período superior a seis meses de trabalho - ficou estabelecido esse critério a fim de que o profissional investigado já tivesse algum envolvimento e familiaridade com o serviço e com os usuários atendidos; foram excluídos os profissionais que não autorizaram a gravação da entrevista.

Ressalta-se que o número de participantes investigados em cada momento da pesquisa foi delimitado pela temporalidade da coleta e pela profundidade dos dados apreendidos, visto que se trata de uma pesquisa de natureza qualitativa em que se optou pela estratégia do estudo de caso, sendo este generalizável a proposições teóricas e não a populações ou universos, portanto não representa uma ‘amostragem’ e o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias - generalização analítica - e não enumerar frequências - generalização estatística (YIN, 2005).

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados de pesquisas do tipo estudo de caso apresenta princípios a serem seguidos, os quais ajudam o pesquisador a fazer frente ao problema de estabelecer a validade do constructo e confiabilidade de um estudo de caso: utilizar várias fontes de evidências; criar um banco de dados para organizar e documentar os dados coletados; e manter o encadeamento das evidências - este princípio consiste em permitir que um observador externo, como um leitor do estudo de caso, possa perceber que qualquer evidência proveniente de questões iniciais da pesquisa leve às conclusões finais o estudo de caso (YIN, 2005).

Um ponto forte, muito importante da coleta de dados para um estudo de caso é a oportunidade de utilizar fontes diferentes para a obtenção de evidências, incluindo evidências quantitativas, como apresentado por Yin (2005, p.33) ao afirmar que “os estudos de caso podem incluir as, e mesmo ser limitado às, evidências quantitativas”. Ressalta-se que o pesquisador de estudo de caso deve fazer uso de uma gama de técnicas para a coleta de dados, a fim de que o estudo possa se valer de várias fontes de evidências, pois, sem essas fontes múltiplas, estará se perdendo uma vantagem inestimável da estratégia de estudo de caso (YIN, 2005).

Dessa forma, considerando a especificidade e a importância dos dados coletados, a coleta se deu em duas fases distintas:

No primeiro momento, para aproximação ao campo e para conhecer como se encontrava a adesão às atividades de autocuidado dos usuários atendidos na unidade selecionada, foi realizada a aplicação do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) a usuários com DM tipo 2 nos meses de maio e junho de 2015.

O QAD, versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira por Michels et al. (2010) do instrumento *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA),

como estratégia de mensuração da adesão às atividades de autocuidado de pessoas com diabetes. (ANEXO 1 e ANEXO 2)

O SDSCA tem sido um dos instrumentos mais utilizados entre os questionários para avaliar a aderência ao autocuidado de pessoas com diabetes. O mesmo foi desenvolvido para avaliar a aderência às atividades de autocuidado das pessoas com diabetes de forma sistematizada, mas também pode ser útil para guiar os clínicos na avaliação e nos seguimentos dessas pessoas. O SDSCA questiona a realização de atividades pelos pacientes e sua concordância com a prescrição médica ou de outro profissional de saúde. A validade e confiabilidade desse questionário já foram avaliadas e estabelecidas em populações norte-americanas de língua inglesa e espanhola e também em portugueses (MICHELS et al., 2010).

Para tradução, adaptação e validação do QAD, foram avaliados 98 pacientes com DM tipo 2 atendidos no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Esse questionário é composto por seis dimensões e 15 itens: alimentação geral (dois itens), alimentação específica (três itens), atividade física (dois itens), monitorização da glicemia (dois itens), cuidados com os pés (três itens) e medicação (três itens, avaliados conforme tratamento medicamentoso). Possuindo ainda três itens para avaliação do tabagismo.

A avaliação do QAD é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos referentes aos últimos sete dias. Sendo, o zero a situação menos desejável e o sete, a mais desejável, exceto na dimensão alimentação específica, nos itens que questionam sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, onde os valores são invertidos (se 7 = 0, 6 = 1, 5 = 2, 4 = 3, 3 = 4, 2 = 5, 1 = 6, 0 = 7). A avaliação dos hábitos relacionados ao tabagismo é realizada separadamente, por estar codificada de forma diferente, com valorização da média de cigarros consumidos por dia (MICHELS et al., 2010).

Procedendo-se a investigação, no segundo momento da coleta dos dados foram realizadas entrevistas estruturadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender a indagação formulada (MINAYO; ASSIS, SOUZA, 2005), junto ao usuário com DM2 selecionado, a um familiar, e aos profissionais de saúde que assistem ao usuário em questão ao qual a pesquisadora obteve acesso. A coleta de dados da segunda fase da pesquisa ocorreu nos meses de julho e agosto de 2015.

Seguindo-se as recomendações de Yin (2005) quanto à utilização de várias fontes de evidências na realização do estudo de caso, optou-se por realizar, além da entrevista, a observação da consulta de enfermagem nos consultórios de enfermagem da referida unidade,

visto que, a observação direta constitui-se em uma das fontes de evidências recomendadas para a realização de pesquisa do tipo estudos de caso (YIN, 2005).

A seleção do usuário para o momento das entrevistas foi realizada de forma intencional, por apresentar as condições que permitiam explicitar os aspectos da experiência com o diabetes e pela disponibilidade dos informantes de relatá-las, bem como a acessibilidade do pesquisador à residência do mesmo.

Como mencionado, a entrevista com o usuário foi realizada em sua residência, configurando-se em três encontros com duração média de uma hora cada. Já as entrevistas com os profissionais foram realizadas na própria unidade campo do estudo.

As entrevistas estimularam a espontaneidade e foram pautadas nas temáticas presentes no roteiro semiestruturado, estando abertas à incorporação de novas questões que não estivessem previstas, mas que se mostrassem pertinentes à compreensão do objeto em estudo. As informações foram gravadas, mediante a anuência dos informantes e os dados que se mostrassem importantes foram registrados para complementaridade das informações.

A fim de garantir o sigilo da identidade dos participantes, na apresentação e discussão dos resultados, procurou-se utilizar codificações específicas, em que os profissionais serão apresentados a partir da letra P, referente à palavra profissional, e o algarismo arábico referente à ordem de realização das entrevistas (P1, P2 e P3); já o usuário, caso representativo do segundo momento da pesquisa, será apresentado pelo nome fictício: Rosa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Yin (2005) esclarece que o uso de várias fontes de evidências nos estudos de caso permite que o pesquisador dedique-se a uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes. No entanto, a vantagem mais importante é o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, em um processo de triangulação. Assim, recomenda-se o uso da triangulação de dados para análise das várias fontes utilizadas, mas tendo em vista a corroboração do mesmo fato ou fenômeno.

Figura 6 - Convergência de várias fontes de evidências no estudo de caso



Fonte: Yin (2005)

Seguindo as recomendações do método, os dados foram trabalhados separadamente, a priori, para em seguida serem triangulados na construção dos resultados do estudo.

Os dados obtidos a partir da aplicação do QAD foram analisados descritivamente a partir de registros realizados em um banco de dados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0, onde as variáveis contínuas serão descritas como média e desvio-padrão e as variáveis qualitativas ou categóricas, como frequências. Enquanto que os dados coletados a partir das entrevistas foram trabalhados segundo a técnica da Análise de Conteúdo segundo Triviños (1987).

Triviños (1987) afirma que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Ressalta-se que esses dados foram complementados pelos conteúdos provenientes das observações.

O trabalho com a análise de conteúdo divide-se em três etapas: Pré-análise, Descrição analítica e Interpretação inferencial, que estão descritas a seguir.

Fase de Pré-análise:

Consistiu na organização dos documentos a serem analisados, com base nos pressupostos iniciais e objetivos da pesquisa. A pré-análise realizou-se a partir da leitura

flutuante, da constituição do corpus e da formulação e reformulação dos objetivos da pesquisa. Esse é o momento em que o pesquisador, a partir da leitura flutuante, toma contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo.

Nesta fase da análise, determinaram-se as unidades de registro (palavra-chave ou frase), unidades de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes para a categorização dos dados e, em sequência, foram elencados os conceitos teóricos que orientaram a análise.

Fase de Descrição Analítica:

Esta fase inicia-se já na pré-análise, mas nesta etapa, especificamente, o material de documentos que constitui o *corpus* é submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Os procedimentos como a codificação, a classificação e a categorização são básicos neste momento da análise. Deste momento da análise, surgem quadros de referências (TRIVIÑOS, 1987).

Assim, foram construídos quadros classificatórios para análise das entrevistas, em que foram propostos três eixos temáticos para fase de interpretação e discussão dos resultados. (APÊNDICE H)

Fase de Interpretação Referencial:

Fase em que se propõem as inferências e realizam-se as interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

A partir da análise de conteúdo, emergiram três eixos teóricos:

Eixo 1: Representações do Diabetes *mellitus* tipo2, sendo discutida a percepção da pessoa com DM2 em relação à sua doença, sentimentos e limitações implicados no processo no seu processo de cuidar;

Eixo 2: Fluxo de atendimento dos usuários com DM2, em que se discute o caminho percorrido pelo usuário até a unidade e o seu caminhar dentro do serviço;

Eixo 3: O cuidado à pessoa com Diabetes *mellitus* tipo2, em que se discute a atuação dos profissionais, as conquistas e desafios no cuidado à pessoa com DM2, e as estratégias para promoção do autocuidado de usuários com DM2.

Seguindo as recomendações do método adotado, após a análise dos dados oriundos de cada técnica utilizada e em posse desses resultados, os mesmos foram triangulados a fim de se obter uma congruência entre os dados coletados.

A triangulação processa-se por meio do diálogo de diferentes métodos, técnicas, fontes e pesquisadores. Na prática, observa-se que, em determinados momentos, as

perspectivas analíticas de cunho quantitativo predominam sobre as qualitativas e vice-versa, o que acontece pelas exigências do processo de conhecimento, ou seja, sempre o melhor método é o que melhor se adequa a reconstrução teórica da realidade (MINAYO; ASSIS, SOUZA, 2005).

Independente do fato de ocorrer o predomínio de uma ou outra abordagem metodológica, é fundamental, ao longo do processo de triangulação, que se tenha clareza sobre as possibilidades e os limites de cada perspectiva analítica para se chegar aos resultados desejados (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Figura 7 - Triangulação dos dados da pesquisa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015



Fonte: Elaborada pela autora.

A análise dos dados clínicos da doença e os modelos de assistência à saúde baseou-se em documentos oficiais normativos sobre a atenção dirigida às pessoas com DM, bem como documentos relacionados ao SUS, sistema público que rege a assistência à saúde no país e foco do nosso estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Os aspectos éticos que regem a pesquisa com seres humanos foram rigorosamente respeitados, conforme preconiza a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, permeando todo o percurso da pesquisa, desde o primeiro contato com os cenários do estudo até a conclusão da mesma (BRASIL, 2013b).

Todas as pessoas foram esclarecidas quanto à liberdade em aceitar ou não participar da pesquisa sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo e de que a pesquisa não acarretaria ônus financeiro ou remuneração decorrente de sua participação. Informou-se também acerca dos riscos e benefícios da pesquisa, constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aqueles que aceitaram participar assinaram o TCLE, onde foi esclarecido que o anonimato de cada participante será preservado e que os dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para compor os resultados deste estudo, os quais serão disponibilizados à comunidade científica por meio de publicação em periódicos e apresentação em eventos científicos.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob o número 984.772/2015.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados e estão expostos seguindo as etapas de realização da coleta dos dados. Portanto, inicialmente, apresentar-se-á a fase exploratória da pesquisa que se deu a partir da aplicação do QAD, onde será possível conhecer a situação dos usuários investigados em relação à adesão às atividades de autocuidado. Em seguida, a partir dos eixos temáticos construídos no estudo, serão apresentados os resultados oriundos da triangulação dos dados.

5.1 O AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2A PARTIR DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES (QAD)

O QAD foi aplicado a 16 usuários. Com relação às características sociodemográficas, encontrou-se média de idade de 61,06 anos \pm 9,46 (mínimo: 46; máximo: 76) entre os participantes e predominância do sexo feminino (81,25%). (Tabela 3)

A Associação Americana de Diabetes (2010) diz que o DM2 está diretamente relacionado com a idade, sendo recomendada avaliação glicêmica de jejum para todas as pessoas com mais de 45 anos e, antes dessa faixa etária, quando houver algum fator de risco. Em estudos realizados por Comiotto e Martins (2006); Dias et al. (2010); Gimenes et al. (2006); Torres et al. (2011) foi identificado grande número de idosos e predomínio do sexo feminino entre as pessoas com DM investigadas.

No entanto, os percentuais da doença entre os sexos na população brasileira se aproximam - 7,2% e 6,5%, em mulheres e homens respectivamente (AGÊNCIA BRASIL, 2014). O predomínio do sexo feminino nesta e em outras pesquisas pode estar relacionado ao fato de mulheres comparecerem mais às instituições de saúde, sugerindo uma maior preocupação desse público com sua própria saúde e na busca por serviços de saúde.

A maioria (62,5%) proveniente da capital, com média de 3,81 \pm 2,07 pessoas morando no mesmo domicílio. Quanto à escolaridade, a maioria (50%) estudou até o ensino fundamental e a renda familiar apresenta-se entre 1 e 2 salários mínimos (50%).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica de usuários com DM2 em serviço ambulatorial da atenção secundária. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015

Variáveis	n	%	\bar{X}	DP
Sexo				
Feminino	13	81,2		
Masculino	03	18,8		
Faixa etária				
<40 anos	-	-		
40 a 49 anos	-	-		
50 a 59 anos	06	37,5	61,06±9,46	
>60 anos	10	62,5		
Escolaridade				
Analfabeto	01	6,2		
Ensino Fundamental	13	81,4		
Ensino Médio	01	6,2		
Ensino Superior	01	6,2		
Ocupação				
Trabalha	06	37,5		
Desempregado	01	6,3		
Aposentado/Pensionista	05	31,2		
Dona de casa	04	25,0		
Religião				
Católico	13	81,2		
Não católico	03	18,8		
Renda familiar				
≤ 1 salário	04	25,0		
1 a 2 salários	08	50,0		
2 a 3 salários	02	12,5		
3 a 4 salários	00	-		
≥ 4 salários	02	12,5		
Número de pessoas no domicílio				
Mora só	01	6,2		
1 a 3 pessoas	08	50,0		
4 a 6 pessoas	04	25,0	3,81±2,07	
>6 pessoas	03	18,8		
Procedência				
Fortaleza	10	62,5		
Região Metropolitana/Interior	06	37,5		

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto às características clínicas em relação ao DM, foram investigados os seguintes pontos: tempo de diagnóstico do DM2; tempo de acompanhamento no serviço; presença de complicações crônicas autorreferidas; e terapia farmacológica em uso atual. (Tabela 4)

Tabela 4 - Caracterização clínica de usuários com DM2 em serviço ambulatorial da atenção secundária. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015

Variáveis	n	%	\bar{X}	DP
Tempo de diagnóstico				
<5 anos	01	6,2		
5 a 10 anos	09	56,3	11,37±6,94	
>10 anos	06	37,5		
Tempo de acompanhamento no serviço				
<5 anos	04	25,0		
5 a 10 anos	09	56,2	8,16±5,32	
>10 anos	03	18,8		
Complicações crônicas do DM autorreferidas				
Sem Complicações	08	50,0		
Com Complicações	08	50,0		
Terapia farmacológica				
Só Hipoglicemiante oral	10	62,5		
Só Insulina	02	12,5		
Ambos	04	25,0		

Fonte: Elaborada pela autora.

A média de tempo de diagnóstico da doença foi de anos $11,37 \pm 6,94$ (mínimo: 03; máximo: 30 anos), sendo que 08 (50,0%) receberam o diagnóstico há pelo menos 10 anos. A média de tempo de acompanhamento no serviço campo do estudo foi de $8,16 \text{ anos} \pm 5,32$ (mínimo: 01; máximo: 20 anos), sendo que apenas um dos participantes estava em acompanhamento no serviço há menos de 01 ano.

Em relação à prevalência de complicações auto-referidas do diabetes, a frequência no estudo foi de 50,0%, o que pode ter relação ao tempo de diagnóstico médio dos participantes. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), o rastreamento das complicações crônicas deve ser estimulado em todos os locais que realizam atendimento a pessoas diabéticas e iniciado após cinco anos de diagnóstico da doença, devendo também ser realizado quando houver sintomas de diminuição de acuidade visual.

Para análise dos dados coletados a partir da aplicação do QAD também foi utilizada estatística descritiva a fim de caracterizar a distribuição das respostas dos participantes. Por tratar-se de uma escala tipo Likert de sete pontos, é preciso considerar a amplitude de distribuição de respostas, assim, para este estudo considerou-se como comportamento e autocuidado desejável quando a média obtida for superior a 4 (VERAS et al., 2014).

Portanto, valores de 0 a 4 classificam-se como não desejáveis (ND) e valores de 5 a 7 como desejáveis (D). Essa padronização foi adotada para todos os itens, exceto os itens “Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral” e “Ingerir doces” correspondentes à dimensão “Alimentação específica”, onde a análise ocorreu de maneira reversa, visto que esses itens correspondem a atividades não desejáveis. Logo, para análise dos dois itens em questão, considera-se como desejáveis valores de 0 a 4 dias. (Tabela 5)

Tabela 5 - Adesão às atividades de autocuidado segundo o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015

Itens do QAD	0 a 4 dias		5 a 7 dias	
	n	%	n	%
Alimentação Geral				
1. Seguir uma dieta saudável (D)	09	56,2	07	43,8
2. Seguir a orientação alimentar (D)	11	68,8	05	31,2
Alimentação Específica				
3. Ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais (D)	09	56,2	07	43,8
4. Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral (ND)	09	56,2	07	43,8
5. Ingerir doces (ND)	13	81,2	03	18,8
Atividade Física				
6. Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos (D)	13	81,2	03	18,8
7. Realizar exercício físico específico (D)	13	81,2	03	18,8
Monitorização da Glicemia				
8. Avaliar o açúcar no sangue (D)	11	68,8	05	31,2
9. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado (D)	14	87,5	02	12,5
Cuidado com os pés				
10. Examinar os pés (D)	06	37,5	10	62,5
11. Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los (D)	05	31,2	11	68,8
12. Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés (D)	05	31,2	11	68,8
Medicação				
13. Tomar os medicamentos conforme recomendado (D)	-	-	16	100,0
14. Tomar injeções de insulina conforme recomendado* (D)	-	-	06	100,0
15. Tomar o número indicado de comprimidos de diabetes** (D)	-	-	14	100,0

*10 pacientes não faziam uso de insulina; **02 pacientes não faziam uso de comprimidos.

A média geral encontrada a partir da aplicação do QAD aos 16 participantes foi de $3,73 \pm 1,59$. Este achado comprova o resultado do estudo seccional realizado por Boas et al.

(2011), com uma amostra de 162 portadores de diabetes mellitus, utilizando o instrumento QAD versão reduzida, obteve-se média de 4,34 (DP=1,34) pontos, mostrando baixa adesão às recomendações de dieta e exercício físico, em uma escala pontuada de zero a oito, em que os escores maiores ou iguais a cinco indicavam adesão.

Na dimensão “Alimentação Geral”, a maioria dos usuários com DM atendidos em serviço ambulatorial especializado apresentou comportamento de autocuidado não desejável em relação aos dois itens dessa dimensão. No item “seguir uma dieta saudável”, 09 participantes (56,2%) encontram-se dentro do padrão não desejável (0 a 4 dias), já em relação ao item “seguir a orientação alimentar” o número de participantes com comportamento não desejável foi ainda mais expressivo, correspondendo a 11 participantes (68,8%).

Considera-se que, no indivíduo adulto, o hábito alimentar já está estabelecido e é mantido pelo conjunto de crenças e valores já incorporados ao longo da vida o que pode dificultar a incorporação de novos hábitos alimentares. Assim, analisar as atividades de autocuidado é sempre um exercício árduo, compreendendo uma tarefa complexa. Verifica-se frequentemente que as mudanças no plano alimentar podem ser desejáveis do ponto de vista dos profissionais, mas inexecutáveis para o usuário (VERAS et al., 2014).

Em relação à dimensão “Alimentação Específica”, o item “ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais” apresentou 09 participantes (56,2%) com comportamento não desejável. No entanto, os dois outros itens - “ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral” e “ingerir doces” - que compõem a dimensão, cuja análise é realizada de maneira reversa, apresentou comportamento de autocuidado desejável pela maioria dos participantes - 09 (56,2%) e 13 (81,2%) respectivamente.

Para análise da dimensão “Atividade Física”, os itens “realizar atividade física por pelo menos 30 minutos” e “realizar exercício físico específico” indicam comportamento não desejável de 13 (81,2%) dos participantes. Os dados apresentados corroboram com outros estudos realizados ao qual indicam baixa adesão às recomendações de dieta e ao exercício físico (BOAS et al., 2011; TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

A importância e os efeitos do exercício para o controle glicêmico foram evidenciados em uma pesquisa de metanálise, realizada para investigar os efeitos do exercício no controle glicêmico e na composição corporal de adultos com DM2. Nesta, encontrou-se uma redução pós-intervenção na HbA1c nos grupos de intervenção, comparados aos grupos controle. Neste estudo, embora os resultados não tenham apontado uma redução significativa no peso corporal, os autores apresentam o dado como estatisticamente significativo, visto que

o exercício reduz a resistência hepática e muscular à insulina e aumenta a captação de glicose independente das mudanças no peso (BOULÉ et al., 2001).

Quanto à dimensão “Monitorização da Glicemia”, ao analisar a média dos valores obtidos nos itens “avaliar o açúcar no sangue” e “avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado”, constatou-se que a maioria dos usuários - 68,8% e 87,5% respectivamente aos itens - apresentou comportamento de autocuidado não desejável.

A Automonitorização da Glicemia Capilar (AMGC) é atualmente preconizada para pacientes com DM tipo 1 (DM1) e aqueles com DM2 em uso de insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Nesta pesquisa, seis participantes relataram fazer uso de insulina, no entanto, apenas dois destes referiram avaliar a glicemia seguindo a quantidade de vezes recomendada.

Para as pessoas com DM2 tratadas apenas com antidiabéticos orais ainda não existe um consenso sobre a utilização da AMGC. Alguns recomendam seu uso em todos os casos (embora em uma frequência menor do que a preconizada para os usuários de insulina), sugerindo que essa conduta poderia tornar os pacientes mais independentes, cooperativos, motivados e cientes dos fatores que afetam suas glicemias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Em relação à dimensão “Cuidado com os Pés”, todos os itens avaliados - “examinar os pés”, “examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los” e “secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés” - evidenciaram resultados de autocuidado desejáveis, com 62,5%, 68,8% e 68,8% de frequência respectivamente para cada item. Esses dados contrapõem-se aos encontrados no estudo de Veras et al. (2014) onde os itens “examinar os pés” e “examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los” indicam que a maioria dos usuários não apresentaram esses comportamentos de autocuidado como desejáveis.

Gomides et al. (2013, p. 290) afirmam “de maneira geral, que os portadores de diabetes mellitus reconhecem a importância e a necessidade dos cuidados com os pés para evitar complicações, porém o autocuidado não é realizado corretamente”.

Ao considerar a dimensão “Medicação”, em todos os itens avaliados - “tomar os medicamentos conforme recomendado”, “tomar injeções de insulina conforme recomendado” e “tomar o número indicado de comprimidos de diabetes” - todos os usuários investigados relataram comportamento de autocuidado desejável, o que foi evidenciado também em outro estudo realizado anteriormente (VERAS et al., 2014).

Em relação ao tabagismo, este parece estar associado a processos metabólicos relacionados ao DM, incluindo a homeostase da glicose, hiperinsulinemia e resistência à

insulina. Em pessoas com tolerância à glicose normal foram encontrados níveis de hemoglobina A1c mais altos entre fumantes que em pessoas não fumantes. O grau de resistência à insulina parece estar relacionado com o número de cigarros fumados, embora o seu mecanismo ainda não esteja claro, o tabagismo também pode afetar diretamente a secreção pancreática de insulina (BRASIL, 2014b).

Segundo aplicação do QAD nenhum dos participantes deste estudo faz uso atual de tabaco(Tabela 6). Nas pessoas com diabetes, o tabaco apresenta um risco duas a três vezes superior para o desenvolvimento de retinopatia diabética, e agravam a doença depois do surgimento desta (SOCIEDADE PORTUGUESA DE OFTALMOLOGIA, 2015), além de constituir um fator de risco para o desenvolvimento da neuropatia diabética (GOMIDES et al., 2013).

Tabela 6 -Hábitos tabágicossegundo aplicação do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015

Itens do QAD Tabagismo	Frequência	N	%
Fumou nos últimos 7 dias?	Não	16	100,0
	Sim	-	-
Quando fumou o último cigarro?	Nunca fumou	15	93,7
	Há mais de dois anos atrás	01	6,3

Esse resultado aponta o conhecimento dos usuários em relação aos malefícios que o tabagismo oferece. Tal achado corrobora aos dados oriundos de um estudo que investigou o tabagismo utilizando o QAD em pacientes com DM com complicações em membros inferiores.

Ao analisar as atividades de autocuidado dos usuários atendidos em serviço especializado, a partir da aplicação do QAD, evidenciou-se que ainda são necessários esforços para a incorporação de maneira desejável dessas atividades no cotidiano dos usuários.

Embora o QAD se apresente como um questionário que pode ser autopreenchido, observou-se dificuldades na compreensão dos usuários, assim, a pesquisadora optou por aplicar o questionário a todos os participantes. Deve-se considerar também que existem limitações nos resultados encontrados, entre elas a literatura aponta que a avaliação da adesão por métodos indiretos depende da disponibilidade da pessoa para revelar, de fato, qual é o seu comportamento em relação ao seguimento das recomendações terapêuticas e de sua

capacidade de memória (BOAS et al., 2011). Assim, podem existir variações na realização das atividades de autocuidado em relação às respostas dadas pelos participantes.

5.2. A VIDA DA PESSOA COM DIABETES *MELLITUS* TIPO2

Os resultados presentes nesta seção correspondem aos dados triangulados a partir da aplicação do QAD, das entrevistas e das observações, e serão apresentados a partir dos eixos temáticos oriundos da análise temática: Representações do Diabetes *mellitus* tipo2; Fluxos da atenção à pessoa com Diabetes *mellitus* tipo2: a busca por atendimento e o acompanhamento na atenção secundária; O cuidado à pessoa com Diabetes *mellitus* tipo2.

5.2.1 Dona Rosa: o caso representativo

Rosa, sexo feminino, 76 anos. Casada, aposentada. Mora em residência própria com o esposo e três filhos. A renda familiar média encontra-se entre um e dois salários mínimos. Descobriu o DM2 há oito anos e há três anos é acompanhada no serviço atual. Faz tratamento farmacológico do diabetes com hipoglicemiantes orais (Metformina e Diamicon). Afirma ter retinopatia diabética, entre as complicações crônicas autorreferidas da doença.

D. Rosa, de religião católica, aponta a igreja como um dos pontos de apoio para o enfrentamento dos seus problemas. Com relação aos problemas de saúde, além da assistência profissional, a mesma diz procurar uma rezadeira, companheira de longa data, nos momentos em que está se sentindo debilitada. Segundo Rocha e Fleck (2011), a importância da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) aparece positivamente associada com a QV na maioria de seus domínios, independentemente de outros fatores envolvidos. Esse achado pode ser considerado ao se planejarem intervenções para a melhoria da QV de pacientes acometidos por problemas crônicos de saúde.

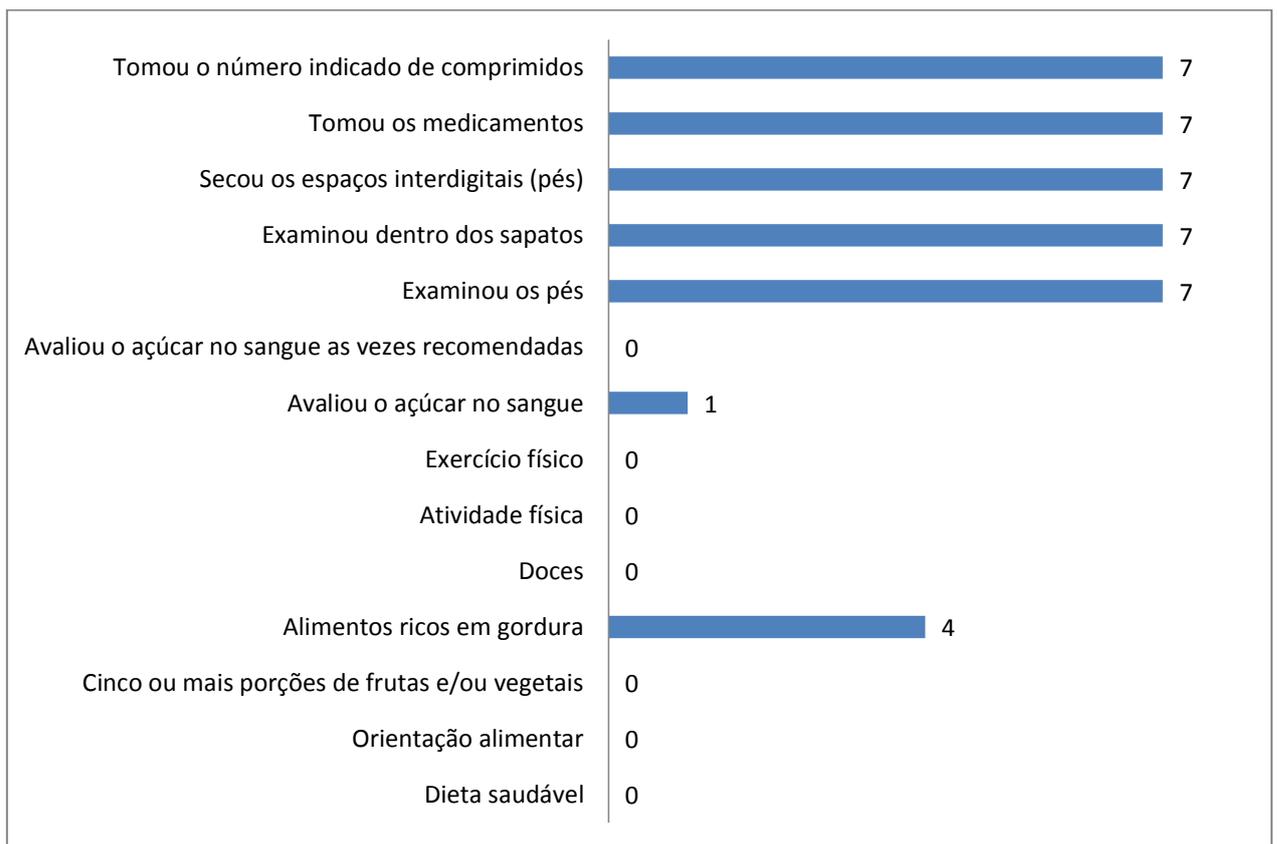
Quanto ao relacionamento intrafamiliar, a mesma diz ter uma convivência harmoniosa com o esposo e com os filhos. Na residência, moram três filhos do casal: dois homens, que também apresentam problemas de saúde, e uma mulher, todos adultos. A filha é a responsável pelos cuidados com a mãe, os irmãos e os afazeres domésticos, recebendo, algumas vezes, o suporte de outros irmãos que vão visitá-los.

Os dois filhos homens que moram com D. Rosa também apresentam problemas de saúde, um deles possui HIV/AIDS e o outro está em sofrimento psíquico. Ambos fazem

acompanhamento, no Hospital São José e Centro de Atenção Psicossocial de Messejana, respectivamente. A irmã é também a responsável por acompanhá-los às consultas.

À aplicação do QAD, D. Rosa obteve o valor médio de 3,21, classificado como comportamento de autocuidado não desejável. Observaram-se pontuações bem aquém das desejáveis em relação às dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física e monitorização da glicemia. (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Adesão de D. Rosa às atividades de autocuidado segundo aplicação do QAD. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015



Fonte: Elaborado pela autora.

D. Rosa não possui glicosímetro em casa, refere que vai à Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de 15 em 15 dias para verificar a glicemia. Relatou ainda nunca ter sentido nenhum sintoma de hipo ou hiperglicemia, mas sua filha, no entanto, disse que a mãe, esporadicamente, sente muita sede e vai muito ao banheiro. Esse fato pode ser sinal de episódios hiperglicêmicos, visto que a filha também relatou que a mãe, normalmente, faz ingestão de pouca quantidade de líquidos. Ao serem questionadas se, nesses momentos em que

D. Rosa sente muita sede ou vai muito ao banheiro, procuravam a UAPS para verificar a glicemia, as duas disseram que não.

Os dados do QAD quanto à alimentação (geral e específica) foram ratificados pela filha de D. Rosa, que relatou a dificuldade da mãe em comer nos horários recomendados e aceitar uma variedade de tipos de alimentos, restringindo a alimentação a carboidratos e carne vermelha.

Entre as principais preocupações com relação ao DM2, D. Rosa apontou a acuidade visual diminuída, que a impede de caminhar sozinha em casa, passear pela vizinhança e ir à igreja mais vezes, pois sempre precisa que a filha a acompanhe.

5.2.2 Eixo 1: Representações do Diabetes *mellitus* tipo2

O DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos de DM, onde a maioria dessas pessoas apresenta sobrepeso ou obesidade. Este tipo de DM se caracteriza por defeitos na ação e/ou secreção da insulina, sendo comum que ambos os defeitos estejam presentes quando a hiperglicemia se manifesta, podendo haver predomínio de um desses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O diabetes pode levar ao surgimento de doenças vasculares que acarretam consequências sérias para diferentes órgãos-alvos, como o coração, cérebro, rins e circulação periférica de membros inferiores. Deve-se apostar na prevenção do adoecimento, tanto de ordem primária, para que a doença não venha ocorrer, quanto de ordem secundária, para prevenção de complicações agudas e crônicas decorrentes da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Além das complicações orgânicas, o DM traz outras consequências significativas para a vida da pessoa, levando tanto à interferência nas questões financeiras, quanto à dor, ansiedade e perda da qualidade de vida (FERREIRA; SANTOS, 2009), sendo esta definida “como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ZULIAN et al., 2013, p. 139).

No entanto, na prática, observa-se que a atuação dos profissionais no atendimento às pessoas com DM ainda permanece pautada nos aspectos biológicos, abordando as complicações orgânicas do DM sem analisar todos os outros determinantes implicados nesse cuidado.

Por tratar-se de uma doença crônica, não vai ter cura, vai ter apenas o controle e o controle essencial é que ele tenha uma glicemia dentro do estabelecido. A gente fala sobre as consequências de uma diabetes mal controlada, que vai minar os órgãos-alvo - que seria toda circulação periférica, rim, coração - e a gente fala um pouco das comorbidades inerentes à glicose elevada. (P2)

Destaca-se também uma linha de cuidado unidirecional, a partir da imposição de regras, e uma cultura punitiva por parte dos profissionais, que demonstram despreparo, impotência e frustração ante a situação de não adesão por parte dos usuários.

Tem alguns pacientes que já estão aqui há um bocado de tempo e não obedecem. (P1)

Mas a gente colhe dessa mensagem que a gente passa, muito pouco, às vezes quase nada... Isso às vezes decepciona a gente, porque a gente se faz essa pergunta 'como é que eu devo agir agora para eu tratar?' (P2)

De repente, você fala, fala e no próximo retorno é como se ele não tivesse escutado nenhuma orientação (...) eu acho que tem que ter uma penalidade, se ele não quer ser atendido aqui, não quer cumprir as normas, ele pode ser atendido na atenção básica. Porque eu acho que ele fica ocupando o lugar de uns que... (P3)

No entanto, é preciso que os profissionais compreendam que só transmitir informações não leva a uma mudança comportamental, pois a forma como a pessoa com DM2 vivencia a doença está diretamente relacionada aos fatores econômicos, sociais, culturais, motivacionais e aos significados que este dá à doença. A abordagem ao usuário deve ser precedida de uma avaliação.

Dentro desse contexto ampliado para análise da adesão ao autocuidado em DM, foram relatados pelos profissionais como fatores limitadores para o autocuidado das pessoas com DM2: fatores sociais e o significado negativo da pessoa com DM2 frente à doença.

O que eu observo é que as pessoas que tem um nível de estudo melhor, elas cumprem melhor o tratamento do que as pessoas com menos estudo, por exemplo, os analfabetos, eles têm dificuldade de compreender tudo isso. (P1)

A maioria da nossa população são pessoas que têm um grau de escolaridade muito baixo, eles têm muita dificuldade de compreender. (P2)

A maioria tem dificuldade de seguir (as recomendações), eu não sei se é por uma negação da própria doença, que é uma doença que limita a pessoa, a alimentação da pessoa... É um trabalho de paciência mesmo porque eu acredito que tem muito essa negação, então a pessoa não quer aceitar aquilo ali. (P1)

Com relação à escolaridade dos participantes deste estudo, 50% referiram ter estudado até o ensino fundamental, o que pode ter associação com a baixa adesão ao autocuidado apresentada, pois pessoas com menor nível de escolaridade podem apresentar dificuldades de compreender as recomendações terapêuticas dadas pelos profissionais de saúde (BOAS et al, 2011). Já os significados tidos como negativos relacionados à doença podem levar a menor adesão aos cuidados necessários e, conseqüentemente, ao aparecimento precoce de complicações (BAGGIO, 2013).

Quanto ao fator econômico, houve diferença entre os relatos de profissionais e usuários, onde para os profissionais o fator cultural sobrepõe-se ao econômico e determina as escolhas em relação às recomendações profissionais e às atividades de autocuidado no cotidiano de suas vidas.

Às vezes, eles dizem que não têm o dinheiro pra comprar uma fruta ou uma verdura, mas compram o refrigerante diet e a gente tenta fazer nossa consulta o tempo todo em cima de educação nutricional, tentando mudar. Mas é muito difícil a gente atingi-los. (P2)

A filha de D. Rosa, no entanto, apontou os gastos financeiros, principalmente no momento atual que está faltando medicação na unidade, como limitadores. Para família, que não possui carro próprio e possui renda entre um e dois salários mínimos - assim como 50% dos usuários deste estudo, esses gastos dificultam inclusive às idas às consultas, pois D. Rosa precisa pagar um táxi para ir à unidade.

Pace et al. (2003) apontaram a dieta e o fator financeiro como sendo as maiores dificuldades encontradas pelos pacientes no tratamento do DM. Nesse estudo, verificou-se que existe uma relação entre as duas dificuldades, visto que uma melhor renda poderia facilitar a aquisição de alimentos.

A descoberta e as limitações que a doença impõe levam a alterações em relação às coisas ao seu redor, às pessoas e consigo mesmo. É importante destacar que a relação com o alimento pode estar revestida de particular importância e nada tem a ver com a questão nutricional. É preciso que usuário e profissional percorram um longo caminho até que possam

ter uma relação dialógica, um aprendendo com o mundo do outro (OVIEDO; BOEMER, 2009).

Quanto à aceitação das pessoas em conviver com o DM2, em estudo realizado por Cardoso, Moraes e Pereira (2011), observou-se uma pequena variação entre os que afirmaram ter uma boa convivência e os que referiram ter dificuldade em conviver com a doença. Dentre os motivos para não aceitação da doença e para uma não convivência satisfatória com a mesma destacam-se: o da restrição alimentar, a acuidade visual diminuída e a impotência sexual.

As manifestações e reações em relação à doença nunca são as mesmas, pois as percepções acerca de uma doença são singulares. Assim, algumas pessoas conseguem superar os desafios e controlar a doença, tendo uma vida saudável e harmoniosa. Outras, no entanto, encaram a doença como um grande problema e não conseguem ter uma vida plena. Desta forma, a maneira como as pessoas percebem sua condição influencia no controle geral do seu estado de saúde-doença (TAVARES et al., 2011).

No caso de D. Rosa, observou-se que existiam outras questões que se evidenciavam em relação aos cuidados com a própria saúde. É preciso uma abordagem ampliada para se perceber os fatores implicados no conviver com o DM.

Eu tenho um neto que dá muito trabalho, ele com a irmã. Eles dois brigam muito, discutem muito e eu fico morrendo de preocupada deles dois em casa. Aí vem a queixa pra cá me enredar. Aí fico preocupadinha, perdo(perco) a voz, fico sem dormir, tudo isso.(Rosa)

Mesmo com os problemas intrafamiliares e as questões delicadas de saúde que envolvem sua vida, D. Rosa tentou mostrar-se otimista em relação ao seu prognóstico. Uma das características que pode contribuir para uma melhor resiliência das pessoas com DM é o fato de morarem com outras pessoas, contando com apoio para conviverem melhor com a sua doença e superar as adversidades da vida (TAVARES et al., 2011).

Como exemplificado na vida de D. Rosa, que, para enfrentar os problemas do cotidiano e a auxiliar no seu autocuidado, tem o apoio de sua filha, acompanhando-a em seu caminhar, pois segundo Ribeiro, Rocha e Popim (2010, p.768) “a família e as pessoas próximas são influências expressivas para um viver mais saudável, pois a convivência social lhes oferece um suporte”.

A pessoa que cuida de mim é a minha filha.(Rosa)

Portanto, para compreender e ajudar a pessoa com diabetes nesse seu conviver com a doença, é preciso compreendê-la em sua subjetividade. Nesse sentido, cuidar não envolve apenas buscar e reunir dados para elucidar diagnósticos e propor terapêuticas, como previsto pela lógica técnico-científica, requer uma aproximação, um acolhimento que nos ajude a compreendê-lo (OVIEDO; BOEMER, 2009).

5.2.3 Eixo 2: Fluxos da atenção à pessoa com Diabetes *mellitus* tipo2: a busca por atendimento e o acompanhamento na atenção secundária

O SUS foi idealizado e implementado como forma de atender a uma concepção ampliada de saúde, por meio da garantia do acesso, oferecendo cobertura universal, integralidade das ações e direito à participação da comunidade na gestão do sistema (SANTOS, 2010). No entanto, apesar dos muitos avanços e conquistas alcançadas, ainda existem desafios a serem superados.

Sabe-se que o SUS vivencia uma crise fundamental e não consegue responder satisfatoriamente às necessidades de saúde da população na atualidade, sendo esta situação resultado do descompasso entre os fatores contingenciais que evoluem rapidamente - transição demográfica, transição epidemiológica e inovação tecnológica - e os fatores internos - cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estilos de liderança e arranjos organizativos (MENDES, 2009). Tal situação reflete-se na fragmentação do cuidado, com a implementação de ações superficiais e desarticuladas.

Essa fragmentação é ratificada a partir dos relatos dos participantes, que não compreendem a organização dos serviços de saúde enquanto rede de assistência, onde se evidencia a busca por um ‘serviço de qualidade’ - qualidade aqui apresentada a partir da visão dos usuários, em que se qualifica o serviço por atender ou não suas necessidades imediatas, estas, no entanto, pautam-se fundamentalmente na busca por medicamentos para o tratamento da doença.

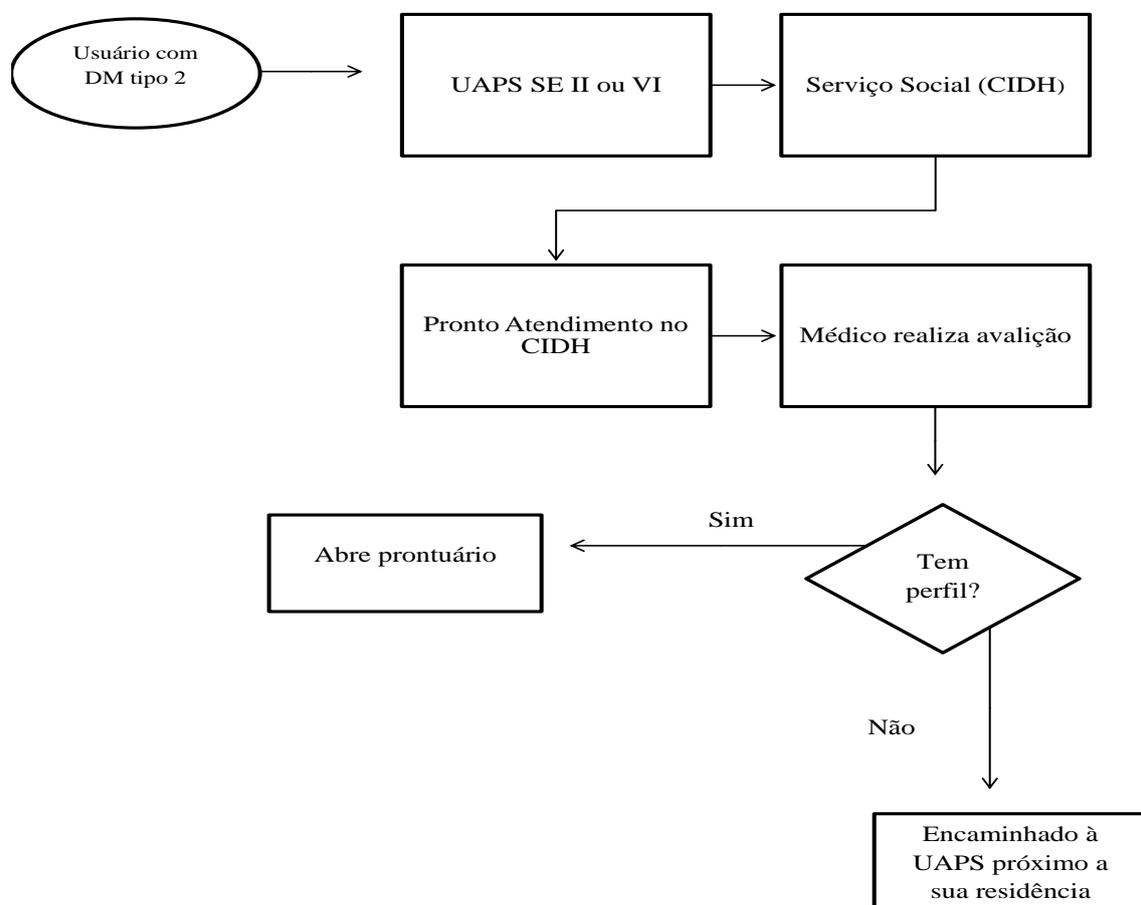
[...] depois que eu descobri que tinha diabetes procurei lá pra ser bem atendida né? (Rosa)

O que eu sei dos outros serviços é o que os pacientes falam, que, por exemplo, os postos de saúde é muito limitado o atendimento, não tem nutricionista, não tem esse diferencial. E muitos querem vir pra cá porque eles sentem esse diferencial no trabalho da gente aqui. (P1)

Para conseguir atendimento na unidade, os usuários precisam ser encaminhados de uma UAPS. Ao chegar ao serviço, o usuário deve apresentar-se ao atendimento do Serviço Social, que o receberá e, em seguida, o encaminhará a uma avaliação médica no pronto atendimento para avaliar o perfil clínico desse usuário.

No intuito de melhor configurar o fluxo do usuário no serviço, identificou-se o fluxograma descritor de Merhy e Franco (2013) como bastante esclarecedor de como esse fluxo ocorre, além de evidenciar os usuários que não se encaixam no padrão de atendimento do serviço especializado. (Figura 8)

Figura8- Fluxogramado caminho percorrido pelo usuário com DM2 m busca de atendimento. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa

O serviço ambulatorial especializado, como subcomponente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, constitui um conjunto de ações e serviços eletivos

de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado e cabe a este, entre outras competências: atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região; prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional; orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário (BRASIL, 2014a).

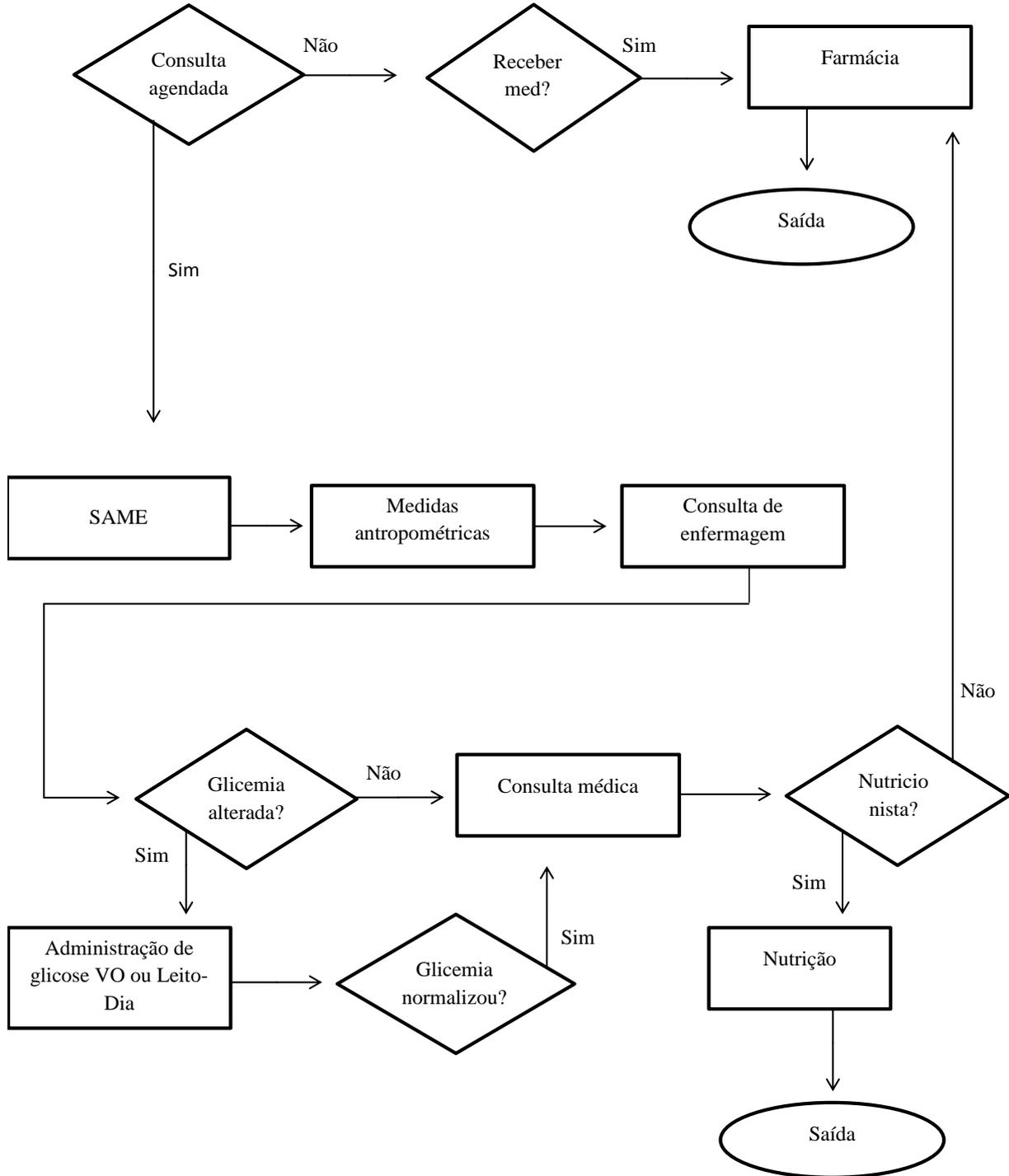
Segundo as falas apresentadas, o serviço ambulatorial especializado é procurado por ser a forma de ter acesso à medicação e tratamento de qualidade, que não é conseguido na Atenção Básica (AB). Esse fato pode evidenciar uma deturpação na compreensão em relação às competências dos serviços de saúde na busca pela integralidade do cuidado, onde a AB surge apenas como um meio de acesso ao serviço que, para eles, é considerado de maior qualidade. Quando, na verdade, entre outras competências, a AB é, ou deveria ser, responsável por coordenar o cuidado às pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros serviços.

Essa compreensão equivocada acarreta em alta demanda por atendimento na unidade, o que, por consequência, pode sobrecarregar o serviço e influenciar no fluxo de atendimento e nas ações de cuidado realizadas.

[...]atualmente, só atende pacientes que estejam num péssimo controle, pacientes que tenham uma glicemia controlada, ele não tem critério para ficar. Atualmente, nós temos mais de 48 mil pacientes cadastrados e é uma das razões pelas quais os pacientes que têm um controle ruim é que vão ficar aqui. (P2)

Na unidade, o fluxo dos atendimentos é determinado, principalmente pela consulta médica, em que se observa uma postura de subserviência dos trabalhadores frente a essa categoria profissional e de medo dos usuários ante ao risco de perder a consulta caso não estejam a postos para entrar nos consultórios quando chamados. O fluxograma descritor a seguir, configura com maior clareza o itinerário do usuário.

Figura 9-Fluxograma do caminhar do usuário com DM2 no serviço ambulatorial especializado. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015



Fonte: Dados da pesquisa

A organização e o fluxo de atendimento na unidade geram reclamações e inconsistências no cuidado à pessoa com DM, entre os problemas está a demora em receber atendimento.

Não gostei muito da pessoa que atende a gente e coloca a gente pra dentro, foi muito estúpida. Minha filha tava falando pra vê se colocava eu... que eu saí de manhã e cheguei aqui (em casa) era três horas da tarde. (Rosa)

5.2.4 Eixo 3: O cuidado à pessoa com Diabetes mellitus tipo 2

Diante da magnitude das condições crônicas, o *Chronic Care Model* (CCM), modelo utilizado com sucesso em vários países, vem sendo discutido como uma resposta às condições crônicas de saúde de alta prevalência e à falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. O CCM é composto por seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No Brasil, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), sugerido por Mendes (2012), é originário do CCM e foi elaborado com modificações para adaptá-lo ao SUS.

Entre os elementos constituintes do CCM, está o autocuidado apoiado, cujo foco principal das intervenções é apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde. A informação, a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado, e o apoio material para o autocuidado são os pilares que sustentam o autocuidado apoiado (MENDES, 2012).

Entre os pilares do autocuidado apoiado, o apoio material, neste caso a falta, emergiu nas entrevistas de D. Rosa e sua filha, que relataram não estar recebendo a medicação e não possuir glicosímetro para avaliação da glicemia.

Assim como D. Rosa, a análise do item monitorização da glicemia no QAD apontou que 87,5% não avaliaram, nos últimos sete dias, o açúcar no sangue o número de vezes recomendada. A AMGC domiciliar é um dos métodos que auxiliam no controle glicêmico das pessoas com diabetes, ajudando a minimizar o aparecimento de complicações decorrentes do DM, além de auxiliar no entendimento do indivíduo sobre o efeito dos alimentos, do estresse e da atividade física no seu controle glicêmico. A AMGC é tão importante em pessoas com DM2, quanto com diabetes tipo 1, pois mostra o grau de controle da glicemia, além de funcionar como fator (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

As pessoas com diabetes inscritas em programas de educação para diabéticos têm direito a receber o diagnóstico e o tratamento da doença gratuitamente pelo SUS, bem como os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar (BRASIL, 2006).

Neste estudo, as alterações necessárias na alimentação como parte do tratamento do DM, evidenciaram-se como um dos principais desafios a serem superados. Os resultados provenientes da aplicação do QAD apontam que 68,8% dos usuários investigados não seguem a orientação alimentar. Segundo relatos de profissionais do serviço, esse percentual é ainda maior:

O que eu observo é que 90% dos pacientes não seguem o que a gente orienta. (P1)

A gente enaltece que a dieta faz parte do tratamento[...] a aderência à dieta é muito pouca, 90% dos nossos pacientes não têm uma aderência à dieta. (P2)

Eu como, mas tem horas que eu não gosto das comidas não [...] Eu de primeiro não tinha cuidado não, mas agora já tô tendo por causa da diabetes. (Rosa)

Em relação à educação nutricional tem havido uma preocupação em desenvolver novas teorias e métodos educativos em nutrição que sejam transformadores, com influência na mudança dos hábitos alimentares. A educação nutricional implica: a confrontação de novas práticas com as representações sociais dos alimentos e com o significado simbólico deles para os sujeitos do processo educativo, a resignificação dos alimentos e a construção de novos sentidos para o ato de comer (MENDES, 2012).

Por tratar-se de um serviço ambulatorial especializado, o mesmo conta com nutricionistas diariamente em período integral. Essa vantagem em relação a outros serviços, como a AB, deveria facilitar a articulação de ações de saúde junto aos usuários com intento de superar esse desacordo entre as recomendações profissionais e a prática domiciliar do usuário.

Quanto à avaliação da qualidade do serviço, os relatos demonstram uma compreensão equivocada no tocante à qualidade da assistência à saúde, que ainda encontra-se equivocadamente atrelada somente à obtenção do material para tratamento farmacológico.

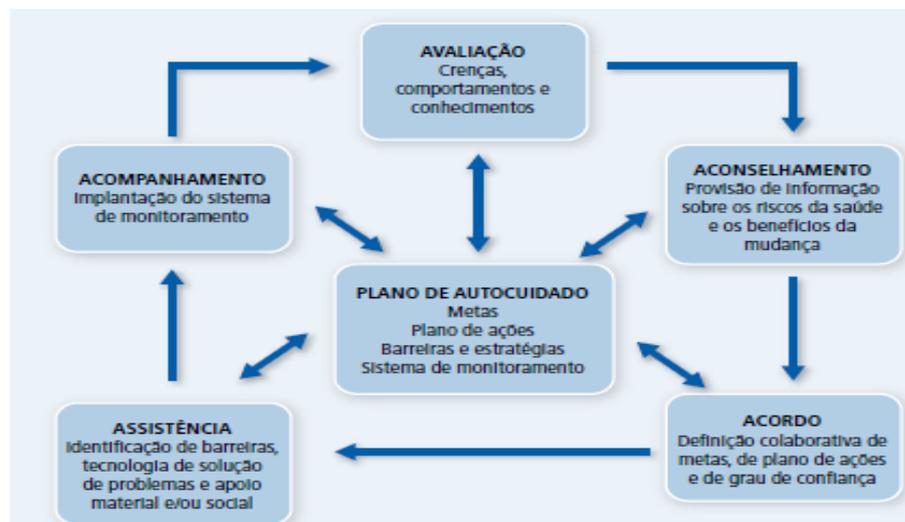
Lá eu gosto por causa da minha diabetes por que sem ele eu não passo, sem o comprimido de lá. (Rosa)

Eu acho que a consulta demora muito, foi agora em agosto, aí só vai marcar (a consulta) dezembro pra ser marcada pra março ou abril. Que demora, seis meses, não sei porque que demora tanto. Aí num caso de emergência como é que pode? Aí não dá! (Filha de Rosa)

Percebe-se insatisfação quanto à (des)continuidade do cuidado recebido, pois a garantia de acesso aos serviços não implica a efetivação do cuidado em saúde, já que a forma como as práticas de cuidado são realizadas nos serviços de saúde também é fundamental para o alcance da resolubilidade do atendimento (COSTA et al., 2014).

O autocuidado apoiado é realizado a partir de uma metodologia conhecida como metodologia dos 5As: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento (em inglês, *assess, advise, agree, assiste arrange*). Esses cinco fatores estão fortemente inter-relacionados e para um maior benefício no sistema de autocuidado apoiado deve-se utilizá-los em conjunto (MENDES, 2012). (Figura 10)

Figura 10 - Metodologia dos 5As para o autocuidado apoiado



Fonte: Witlock, Orleans, Pender, Allan; in Mendes, 2012, p. 294.

No entanto, observa-se que as ações dos profissionais de saúde não estão contemplando as cinco estratégias dessa metodologia, o que incita uma reflexão acerca da fragmentação do cuidado que os profissionais de saúde estão adotando para incentivar e apoiar o paciente a alcançar maiores níveis de autonomia e autocuidado (MORAIS et al., 2015).

Quando as ações dos profissionais acontecem a partir de dispositivos de integralidade do cuidado, como o vínculo-responsabilização entre os sujeitos do cuidar, os

usuários mostram-se satisfeitos com o atendimento. D. Rosa apontou um atendimento que, para ela, mostrou-se diferenciado e que produziu sensação de satisfação em ambos os atores envolvidos, usuário e profissional.

Gostei muito da palestra dela, fiquei horas e horas na mesa dela, ela conversando comigo. Perguntando tudo, eu adorei ela. Dei até os parabéns dela. Ai ela: 'eu fico satisfeita quando alguém sai daqui e diz isso' (Rosa)

Para tanto, é necessário que os usuários sejam ouvidos, amparados no seu cotidiano e no seu viver, a partir de uma relação de confiança com os trabalhadores e o serviço. Esse vazio de cuidado é uma das distorções a serem corrigidas e superadas para que as ações integrais se concretizem.

Faz-se necessário também que o usuário se mostre mais envolvido, atento e busque continuamente o seu direito por um acompanhamento de qualidade, ampliando a compreensão sobre seus direitos e os deveres dos profissionais de saúde. Para se tornarem autocuidadoras as pessoas necessitam ter uma compreensão da condição crônica que querem prevenir ou melhorar e automotivação para aderirem a comportamentos saudáveis, ou seja, bons autocuidadores são pessoas informadas e proativas (MENDES, 2012).

5.2.4.1 Estratégias de enfermagem e saúde para o autocuidado de pessoas com Diabetes mellitus tipo 2

É necessário buscar estratégias de atenção que objetivem um (auto)cuidado eficaz à saúde das pessoas com DM. A educação em saúde aparece como importante dispositivo que visa proporcionar autonomia do sujeito frente ao seu próprio cuidado, sendo entendida como o processo teórico-prático que visa integrar os saberes dos diversos atores envolvidos, através da valorização dos conhecimentos científico e popular, considerando a importância de ambos no desenvolvimento das práticas de saúde, visto que proporcionam aos envolvidos uma visão crítica e uma maior autonomia em relação à saúde no cotidiano (FELIPE, 2011).

A atenção às pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional. A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no

campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção (BRASIL, 2013a).

Como apresentado nas falas a seguir, os profissionais que assistem à pessoa com DM compreendem a importância de uma atuação multidisciplinar, porém, essa compreensão não resulta em uma atuação eficaz, que proporcione resultados satisfatórios.

Toda nossa formação aqui dentro, em todos os encontros que o Centro já promoveu, encontros dos profissionais e tudo, sempre houve o cuidado de se enfatizar a questão da equipe multidisciplinar, de todo mundo falar a mesma linguagem e de todas as pessoas estarem imbuídos de colocar o paciente como ele o protagonista da situação. (P2)

O atendimento aqui é multiprofissional, porém tem carência por algumas especialidades. Mas, em geral, o paciente é muito bem atendido. (P3)

O objetivo dos programas educativos é capacitar o indivíduo a entender e a motivar-se a participar efetivamente do seu regime terapêutico. As pessoas que não recebem a educação em diabetes apresentam uma forte tendência para o aumento do risco de complicações da doença (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Segundo Cavalcanti e Oliveira (2012), é atribuição do profissional oferecer informações e feedbacks relevantes, fazer considerações e acentuar o lado positivo da mudança de comportamento. O processo decisório em direção a um comportamento mais saudável encontra-se associado às razões do indivíduo, quanto mais específicas e pessoais são as razões mais efetivo é o processo decisório. Nesse contexto, as abordagens motivacionais podem facilitar o processo de trânsito da ponderação para a tomada de decisões.

Por isso os profissionais devem atuar de forma interdisciplinar, com o uso de novas tecnologias de ensino, visando à participação ativa do usuário na condução do seu processo de cuidar, tendo como objetivo sensibilizar e motivar para mudança de atitude, dando preferências às atividades em grupo, pois o encontro acontece de forma mais interativa, com troca de experiências (ANDRADE et al., 2010; COMIOTTO; MARTINS, 2006; GIMENES et al., 2006; TORRES et al., 2009; DIAS et al., 2010).

A busca por tecnologias de ensino que proporcionem uma melhor adesão do usuário ao tratamento é objeto de preocupação dos profissionais e mostrou-se presente em suas falas.

Nesses últimos tempos agora, a gente criou uma maneira: o atendimento em grupo, onde a nossa intenção é que dentro da sala tenham pacientes que eles mesmos falem uns pros outros sobre a experiência deles em relação a ter perdido um pé, uma perna ou já estar dialisando. E eles consigam passar isso uns para os outros para que a gente consiga atingir. (P2)

Aí nós fizemos o quê? Nós fizemos os formulários escritos, tudo que a gente fala a gente já dá por escrito, esse formulário escrito é recente, faz uns cinco meses que a gente está usando, pra ver se melhora essa compreensão dos cuidados. Porque a maioria tem essa dificuldade de seguir. (P1)

Tanto a intervenção educativa individual quanto em grupo, quando realizadas com foco na subjetividade da pessoa com DM2 apresentam resultados positivos. Em estudo realizado por Imazuet al. (2015), cujo objetivo era comparar a efetividade de duas intervenções educativas (individual e em grupo) quanto ao conhecimento sobre a doença, impacto na QV e adoção de ações de autocuidado, os resultados apontaram que em ambos os modelos de intervenção foram observadas melhoras dos indicadores, ao longo dos seis meses de acompanhamento.

O enfermeiro se apresenta como um profissional essencial para educação em saúde e pode contribuir para a prevenção das patologias decorrentes do DM, empregando seus conhecimentos no atendimento aos pacientes com diabetes, sua atuação deverá estar embasada em intervenções que visem mudanças de estilo de vida por meio de estratégias individuais ou grupais, a fim de garantir a resolutividade das ações (TRAVAGIM et al., 2010).

Decidir e definir os objetivos de aprendizagem, na educação, significa estruturar, de forma consciente, o processo educacional de modo a oportunizar mudanças de pensamentos, ações e condutas (FERRAZ; BELHOT, 2010). Aprendizagem, por sua vez, pode ser caracterizada como a maneira de se adquirir novos conhecimentos, desenvolver competências e mudar comportamentos. Ressalta-se ainda que o objetivo da aprendizagem não está em si mesma, mas nos seus efeitos, nas modificações que opera no comportamento observável do sujeito, no seu processo de adaptação ao meio (INÁCIO, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À aplicação do QAD, oito dos 15 itens apresentaram adesão considerada adequada pela maioria dos participantes: (não) ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral; (não) ingerir doces; examinar os pés; examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los; secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés; tomar os medicamentos conforme recomendado; tomar injeções de insulina conforme recomendado; tomar o número indicado de comprimidos de diabetes.

No entanto, os outros sete itens apresentaram valores considerados não adequados: seguir uma dieta saudável; seguir a orientação alimentar; ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais; realizar atividade física por pelo menos 30 minutos; realizar exercício físico específico; avaliar o açúcar no sangue; avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado.

A análise geral da adesão às atividades de autocuidado segundo o QAD aponta que a média geral de autocuidado está abaixo da desejável - 3,73 (\pm 1,59). Da análise temática emergiram três eixos temáticos para discussão: Representações do Diabetes *mellitus* tipo2; Fluxo de atendimento dos usuários com DM2; O cuidado à pessoa com Diabetes *mellitus* tipo2.

O estudo, ao apresentar o relato dos participantes, apresenta possibilidades de reflexões quanto ao cuidado que vem sendo produzido e recomendado pelos profissionais de saúde, bem como ao modo como as pessoas com diabetes vêm desenvolvendo seu autocuidado, buscando, a partir disso, que os atores desse processo produtivo busquem uma maior cooperação.

Percebe-se que a compreensão dos participantes em relação à abordagem para o tratamento de doenças crônicas como o DM permanece pautada na clínica do ato prescritivo, com foco nas complicações orgânicas e no tratamento farmacológico da doença, distante de uma clínica integral, que deveria pautar-se na relação de vínculo, na corresponsabilização usuário-família-profissional.

Quanto ao fluxo, o acesso ao serviço especializado ainda tem como foco a obtenção do medicamento para tratamento do DM, e o fluxo interno apresenta como eixo norteador a consulta médica.

Tais achados evidenciam elementos para que profissionais de saúde e usuários repensem a execução das práticas de cuidado em relação ao DM, a fim de que essas práticas fortaleçam os comportamentos de autocuidado desejáveis.

Os resultados apontam uma adesão ao autocuidado abaixo da desejável e ações assistenciais em descompasso ao que é preconizado. Mesmo a pesquisa tendo sido realizada em um serviço especializado, esses resultados demonstram que, independente do nível de atenção, as dificuldades para o autocuidado permanecem presentes. Espera-se que os achados possam ajudar a subsidiar as ações dos profissionais de saúde, à medida que evidenciam quais os principais entraves para o autocuidado das pessoas com DM2.

O enfermeiro, enquanto membro da equipe multiprofissional, essencial para o atendimento a essa população, destaca-se como um dos profissionais mais capacitados para abordagens educativas em DM, desempenhando papel fundamental nesse processo, visto que o processo educativo constitui uma das suas principais atividades. Nos relatos dos profissionais, vimos que algumas alternativas educativas estão sendo implementadas na tentativa de sensibilizar e motivar os usuários para o seu autocuidado.

Apresentam-se, também, algumas limitações do estudo: o QAD, embora se apresente como um questionário que pode ser autopreenchido, constatou-se dificuldades na compreensão dos usuários ao realizarem esse preenchimento sozinhos, assim, a pesquisadora optou por aplicar o questionário a todos os participantes; entraves para abordagem aos participantes; alterações que necessitaram ocorrer ao longo da coleta de dados para que se alcançasse a exequibilidade da pesquisa, destacando-se, principalmente, o período prolongado entre as consultas para retorno dos usuários ao serviço, o que também influencia diretamente na relação profissional-usuário, no estabelecimento de vínculo, no sentir-se acolhido do usuário.

REFERÊNCIAS

- Associação Americana de Diabetes. **Fatores de risco para o diabetes do tipo 2**. 2010. In Portal do coração. Cardiologia, saúde e bem-estar. Disponível em <<http://portaldocoracao.uol.com.br/diabete-melito/fatores-de-risco-para-o-diabetes-do-tipo-2>> Acesso em 18 novembro 2015.
- AGÊNCIA SAÚDE. Ações do MS estabilizam internações pela doença. **Jornal Brasil online**, 13 novembro 2012. Disponível em: <<http://www.jornalbrasil.com.br/?pg=desc-noticias&id=61028&nome=A%E7%F5es%20do%20MS%20estabilizam%20interna%E7%F5es%20pela%20doen%E7a>> Acesso em: 08 setembro 2014.
- AGÊNCIA BRASIL. Cresce índice de pessoas com diabetes no Brasil; taxa de hipertensos se mantém. **EBC Agência Brasil**, 30 abril 2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-04/cresce-indice-de-pessoas-com-diabetes-no-brasil-taxa-de-hipertensos-se-mantem>> Acesso em: 03 novembro 2015
- BASTOS, L. S. et al. 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, pp. 1417-1426, 2011.
- BAGGIO, S. C. et al. Percepção de pessoas com diabetes sobre a doença e os motivos de rehospitalização: estudo descritivo. **Online braz j nurs** [Internet], v.12, n.2, p. 501-10, Sept, 2013.
- BOAS, L. C. G. V. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, Abr-Jun, 2011.
- BOULÉ, N.G. et al. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 Diabetes Mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. **JAMA**, v. 286 n.10, p.1218-27, Sep, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 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, 2014a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html> Acesso em 22 setembro 2015.
- _____. Ministério da saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus**. Brasília, 2014b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013a.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013b. Acesso em: 20 junho 2014.

_____. **Lei Federal 11.347, de 27 de setembro de 2006.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 2006. Seção 1, p. 1. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm> Acesso em 18 novembro 2015.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. de. **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde.** Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.

CARDOSO, M. I.; MORAES, M. A. M. de; PEREIRA, J. G. Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.02, n.01, p. 277-290, 2011.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, p.113-126, 2001.

COMIOTTO, G.; MARTINS, J. J. Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: Da hospitalização ao domicílio. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.35, n.3, 2006.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p. 733-743, Out-Dez, 2014.

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus.** São Paulo, 2009.

DIAS, A. F. G. et al. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v.73, n.5, 2010.

FARIAS, M. C. A. D. de; PAGLIUCA, L. M. F. Modelo teórico do autocuidado: análise crítico-reflexiva da aplicação no cuidado de uma gestante de alto risco. **Rev. RENE.** Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 98-105, mai./ago.2006

FELIPE, G. F. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM GRUPO: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso.** 2011. 173 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/gilvan_ferreira.pdf> Acesso em: 14 outubro 2013.

FERRAZ, A. P. C. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gestão e Produção**, São Carlos, v.17, n.2, 2010.

FERREIRA, S.F.; SANTOS, C.B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe de saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.389-394, fev., 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Textos Reunidos. São Paulo: HUCITEC, 2013. 307p.

GALLEGOS, E. C.; OVALLE-BERÚMEN, F.; GOMEZ-MEZA, M. V. Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. **J Nurs Scholarsh**. v.38, n.4, p.344-51, 2006.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. Editorial. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.2, 2006.

GEORGE JB. **Teorias de Enfermagem: os Fundamentos à Prática Profissional**. Porto Alegre: Ed Artmed, 2000.

GIMENES, H. T. et al. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.3, set./dez., 2006.

GOMIDES, D. S. et al. Autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus* que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n.3, p. 289-93, 2013.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **CIDH realiza atividades para marcar Dia Mundial do Diabetes**. 10 de novembro 2014. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46546-cidh-realiza-atividades-para-marcar-dia-mundial-do-diabetes> Acesso em: 22 novembro 2014.

GROSSI, S. A. A.; PASCOLI, P. M. de. **Cuidados de enfermagem em Diabetes Mellitus**. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2011.

HERMELINDA AA et al. Intervención de Enfermería en el Autocuidado con Apoyo Educativo en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2. **Cultura de los Cuidados**, 2006; Ano X(20):141-146.

IMAZU, M. F. M.; FARIA, B. N.; ARRUDA, G. O. de; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Efetividade das intervenções individual e em grupo junto a pessoas com diabetes tipo 2. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n2, p. 200-7, mar.-abr., 2015

INÁCIO, M. **O Processo de Aprendizagem**. Lisboa: Deltaconsultores e perfil, 2007.

- KARAKURT, P.; KASIKÇI, M. K. The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self-care. **International Journal of Nursing Practice**, v.18, p. 170–179, 2012.
- KUMAR, C. P. Application of Orem's self-care deficit theory and standardized nursing languages in a case study of a woman with diabetes. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v.18, n.3, p. 103-10, Jul-Sep, 2007.
- MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, Janeiro-Julho, 2009.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: comunic., saúde, educ.**, Botucatu, SP. v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- MAZZOTTI, A. J. A. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006.
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT E. **Making the case for evidence-based practice**. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.p.3-24.
- MENDES, E. V. **Os modelos de Atenção a Saúde**. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2009. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online],v. 17, n.4, p. 758-764, 2008.
- MICHELS, M. J. et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 54, n. 7, Oct., 2010.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. 3 Edição: Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.
- MORAIS, H. C. C. et al. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.1, p.136-143, 2015.

- OLIVEIRA, N. F. de et al. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, mar-abr, 2011.
- OVIEDO, A. D.; BOEMER, M. R. A pessoa com diabetes: do enfoque terapêutico ao existencial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n.4, p. 744-51, 2009.
- PACE, E. A.; NUNES, D. P.; VIGO, O. K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n. 2, p. 312-319, 2003.
- ROCHA, N. S. da; FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev Psiq Clín.**, v. 38, n. 1, p.19-23, 2011.
- ROSMAWATI, M.; ROHANA, A. J; MANAN, W. A. The Evaluation of Supportive-Developmental Nursing Program on Self-Care Practices of Persons with Type 2 Diabetes at the Health Centre in Bachok, Kelantan. **Self-Care, Dependent-Care & Nursing**, v.20, n.1, p.16, 2013.
- SAITO, D. Y. T. et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.1, p.175-83, Jan./Mar., 2013.
- SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, J. W. G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.20, n.2, 2011.
- SANTOS, M. G. **Políticas Públicas: contribuições para o debate**. In: KANAANE, R.; FIEL FILHO, A.; FERREIRA, M. G. (Orgs.). *Gestão Pública: planejamento, processos, sistemas de informação e pessoas*. São Paulo: Ed. Atlas, 2010, pp. 03-16.
- SESA/CE. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **CIDH comemora 25 anos de prevenção e tratamento da diabetes e hipertensão**. 09 de Abril de 2013. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45827-cidh-comemora-25-anos-de-prevencao-e-tratamento-da-diabetes-e-hipertensao>> Acesso em: 04 Setembro 2015.
- SILVA, I. J. et al. Cuidado, Autocuidado e Cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.
- SOUZA, N. P. G. et al. Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 52-57, 2015.
- SOUZA JÚNIOR, M. B. M. de; MELO, M. S. T. de; SANTIAGO, M. E. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 03, p. 31-49, julho/setembro de 2010.

- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? **Einstein [online]**, v.08, p.102-6, 2007.
- SÜRÜCÜ, H. A.; KIZILCI, S. Use of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory in the Self-Management Education of Patients with Type 2: A Case Study. **Self-Care, Dependent-Care & Nursing**, v.19, n.1, p.53-59, 2012.
- TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm. [online]**, v.20, n.4, pp. 751-757, 2011.
- TORRES, H.C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Revista Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v.45, n.5, Oct., 2011.
- TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.2, 2009.
- TRAVAGIM, D.S.A et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: Atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 18, n.2, abr/jun, 2010.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo : Atlas, 1987.
- URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE NO PERIOPERATÓRIO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14,n.1,p.124-31, jan-fev, 2006.
- VERAS V. S. et al. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Rev Gaúcha Enferm**, v.35, n.4, p.42-8, dez, 2014.
- VITOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L de. Teoria do Déficit de Autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc Anna Nery** (impr.), v.14, n.3, p.611-616, jul-set, 2010.
- WATTANA, C.; SRISUPHAN, W.; POTHIBAN, L.; UPCHURCH, S. L.Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. **Nurs Health Sci.**, v.9, n.2, p.135-41, Jun, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.
- YIN, R. K. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi, 2ed, Porto Alegre: Boobookman, 2005.
- ZULIAN, L. R. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (d-39). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.3, p.138-146, Sept., 2013.



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

Gostaríamos de convidar o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “AUTOCUIDADO EM DIABETES: estudos de caso com usuários da rede secundária de atenção à saúde” que tem como objetivo analisar o autocuidado de usuários com Diabetes *mellitus* tipo 2 atendidos na rede secundária de atenção à saúde de Fortaleza, Ceará.

O(a) Sr.(Sra.) tem plena liberdade para aceitar ou não o convite para participação, bem como de permanecer ou não no estudo, sem que haja nenhum prejuízo quanto ao seu atendimento no serviço. Sua participação poderá trazer riscos emocionais decorrentes dos seus depoimentos, a partir de recordações de acontecimentos vivenciados. O(a) pesquisador(a) estará atento para resolvê-los ou minimizá-los.

Ao participar desta pesquisa o(a) Sr.(Sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga resultados importantes sobre o autocuidado em Diabetes, de forma que o conhecimento que será construído possa trazer contribuições para o cuidado às pessoas com Diabetes.

Garantimos o sigilo sobre sua identidade e que os dados e as informações coletadas serão utilizados, exclusivamente, para compor os resultados deste estudo, aos quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos.

Ressaltamos ainda que, para uma melhor compreensão das entrevistas, as mesmas serão gravadas. As gravações serão utilizadas somente para fins de estudo. Se o(a) Sr. (Sra.) não quiser ser gravado em áudio, não poderá participar deste estudo.

Este termo será preenchido em duas vias, uma para o pesquisado e a outra para o pesquisador. Qualquer esclarecimento, favor comunicar-se com a pesquisadora Glória Yanne Martins de Oliveira, telefone para contato (85) 9670-2555.

Eu concordo em participar deste estudo.

Fortaleza-CE, ____ de _____ de 20 ____.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Tel para contato: _____

Assinatura do Pesquisador: _____



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

Prezado Profissional,

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “AUTOCUIDADO EM DIABETES: estudos de caso com usuários da rede secundária de atenção à saúde” que tem como objetivo: Analisar o autocuidado de usuários com Diabetes *mellitus* tipo 2 atendidos na rede secundária de atenção à saúde de Fortaleza-CE.

A pesquisa utiliza os seguintes instrumentos para coleta dos dados: Observação direta das consultas dos profissionais de saúde investigados; Entrevista com profissionais de saúde; Entrevista semiestruturada com usuários acompanhados por este serviço; Aplicação do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD).

Você tem plena liberdade para aceitar ou não o convite para participação, bem como de permanecer ou não no estudo. Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga resultados importantes acerca do autocuidado em Diabetes, de forma que o conhecimento que será construído possa trazer contribuições para o cuidado às pessoas com Diabetes.

Garantimos o sigilo sobre sua identidade e que os dados e as informações coletadas serão utilizados, exclusivamente, para compor os resultados deste estudo, aos quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos.

Ressaltamos ainda que, para uma melhor compreensão das entrevistas, as mesmas serão gravadas. As gravações serão utilizadas somente para fins de estudo. Se você não quiser ser gravado em áudio, não poderá participar deste estudo.

Este termo será preenchido em duas vias, uma para o pesquisado e a outra para o pesquisador. Qualquer esclarecimento, favor comunicar-se com a pesquisadora Glória Yanne Martins de Oliveira, telefone para contato (85) 9670-2555.

Eu concordo em participar deste estudo.

Fortaleza-CE, ____ de _____ de 20 ____.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Tel para contato: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

APÊNDICE C - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS DOS USUÁRIOS

Identificação (Iniciais): _____

Sexo: 1 () M 2 () F

Idade: _____

Anos de estudo: 1 () Analfabeto 2 () Ensino fundamental incompleto 3 () Ensino fundamental Completo 4 () Ensino médio incompleto 5 () Ensino médio completo
6 () Superior incompleto 7 () Superior completo

Ocupação: 1 () Trabalha 2 () Desempregado 3 () Pensionista/aposentado
4 () outra: _____

Religião: 1 () Católica 2 () Não católica 3 () Sem religião

Renda familiar (em salários mínimos): _____

Número de pessoas que vivem no mesmo domicílio: _____

Procedência: 1 () Fortaleza 2 () Interior do Estado do Ceará

Tempo de diagnóstico de DM (em anos): _____

Tempo de acompanhamento no serviço (em anos): _____

Complicações crônicas: 1 () Nenhuma 2 () Retinopatia 3 () Nefropatia
4 () Neuropatia 5 () Úlcera/pé diabético 7 () Amputação 8 () Complicações macrovasculares

Terapia farmacológica: 1 () Nenhuma 2 () Somente hipoglicemiante oral
3 () Somente insulina 4 () Hipoglicemiante oral + insulina

APÊNDICE D - ENTREVISTA COM USUÁRIOS

Perguntas-chaves relacionadas ao autocuidado da pessoa com DM Tipo2:

- Fale sobre o atendimento nesta unidade.

- Fale sobre o seu autocuidado em relação ao Diabetes.

APÊNDICE E - CARACTERÍSTICAS SOCIOLABORAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Identificação (iniciais): _____

Profissão: _____

Tempo de atuação no serviço (em anos): _____

Maior nível de qualificação: 1 () Graduação 2 () Especialização Lato Sensu

3 () Mestrado 4 () Doutorado

APÊNDICE F - ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Fale sobre o atendimento aos usuários com DM tipo2 nesta unidade.
- Fale sobre o autocuidado realizado pelos usuários com DM2 atendidos nesta unidade.

APÊNDICE G - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Duração da Consulta
- Dados clínicos coletados
- Aspectos do autocuidado abordados
- Interação profissional-usuário
- Questionamentos realizados pelos usuários

APÊNDICE H - IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE CONTEXTO E DE REGISTRO

Aspectos de Análise		U	P1	P2	P3	Síntese Horizontal
Participantes						
Categorias	Subcategorias					
Representações do Diabetes <i>mellitus</i> tipo2	A compreensão do ser com DM2					
	Sentimentos					
	Limitações					
Fluxos da atenção à pessoa com Diabetes <i>mellitus</i> tipo2: a busca por atendimento e o acompanhamento na atenção secundária	O caminho percorrido até o atendimento					
	O caminhar na unidade					
O cuidado à pessoa com Diabetes <i>mellitus</i> tipo2	Atuação dos profissionais					
	Conquistas e desafios no cuidado à pessoa com DM2 na atenção especializada					
	Estratégias de enfermagem e saúde para o autocuidado de pessoas com diabetes <i>mellitus</i> tipo2					
Síntese Vertical						

Fonte: SOUZA JÚNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES (QAD)

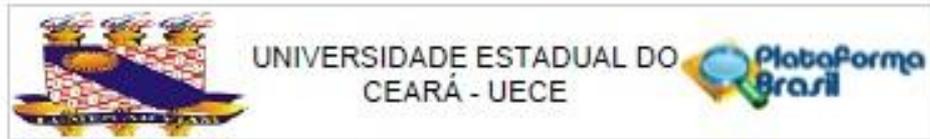
Anexo 2. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD

(As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente)

1. ALIMENTAÇÃO GERAL							
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0	1	2	3	4	5	6 7
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0	1	2	3	4	5	6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA							
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	1	2	3	4	5	6 7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	1	2	3	4	5	6 7
2.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu doces?	0	1	2	3	4	5	6 7
3. ATIVIDADE FÍSICA							
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?	0	1	2	3	4	5	6 7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6 7
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA							
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6 7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0	1	2	3	4	5	6 7
5. CUIDADOS COM OS PÉS							
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6 7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0	1	2	3	4	5	6 7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	0	1	2	3	4	5	6 7
6. MEDICAÇÃO							
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6 7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0	1	2	3	4	5	6 7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0	1	2	3	4	5	6 7
7. TABAGISMO							
7.1 Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____							
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?							
<input type="checkbox"/> Nunca fumou							
<input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás							
<input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás							
<input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás							
<input type="checkbox"/> Um a três meses atrás							
<input type="checkbox"/> No último mês							
<input type="checkbox"/> Hoje							

Fonte: MICHELS et al., 2010.

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOCUIDADO EM DIABETES: estudos de caso com usuários da rede secundária de atenção à saúde

Pesquisador: Glória Yanne Martins de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41310915.2.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

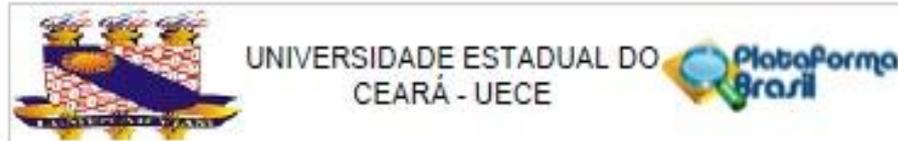
Número do Parecer: 964.772

Data da Relatoria: 27/02/2015

Apresentação do Projeto:

Os números relacionados ao Diabetes mellitus (DM) apontam a importância e a gravidade dessa doença, que é de difícil manejo tanto para os profissionais de saúde quanto para as pessoas acometidas. As pessoas com DM são responsáveis por cerca de 95% de seus próprios cuidados, necessitando para isso terem preservadas suas capacidades e desenvolvidas suas habilidades para o autocuidado. A investigação trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, ao qual far-se-á uso da estratégia de pesquisa do tipo estudos de caso, pautada na busca pela investigação do sujeito. O estudo terá como participantes usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, localizado na cidade de Fortaleza-CE, e profissionais de saúde da referida instituição. A coleta será realizada utilizando-se três técnicas de coleta e ocorrerá de março a junho de 2015. As técnicas empregadas para coleta dos dados serão: aplicação do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), que é a versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira por Michels et al. (2010) do Instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA); realização de entrevistas junto aos usuários e profissionais selecionados; observação direta das consultas realizadas pelos profissionais de saúde. O processo de seleção dos participantes será realizado por inclusão progressiva, com o tamanho final da amostra definido por saturação. Assim, tendo em vista o tipo de pesquisa e o

Endereço: Av. Siles Murguiba, 1700
 Bairro: Itapeli CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-9006 E-mail: anevaleska@uece.br



Continuação do Protocolo: 804.772

período para coleta dos dados, pretende-se investigar a partir de 30 (trinta) usuários e de três profissionais de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o autocuidado de usuários com Diabetes mellitus tipo 2 atendidos na rede secundária de atenção à saúde de Fortaleza, Ceará;
- Descrever a prática clínica dos profissionais de saúde na perspectiva do autocuidado dos usuários com doenças crônicas;
- Identificar habilidades do usuário para o autocuidado em Diabetes;
- Verificar a adesão às atividades de autocuidado de pessoas com Diabetes mellitus tipo 2 utilizando o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD);
- Elaborar um plano de autocuidado à saúde com a doença Diabetes para os usuários dos casos estudados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação nesta pesquisa traz a possibilidade de riscos, principalmente, emocionais decorrentes dos depoimentos dos participantes, a partir de recordações de acontecimentos vivenciados que podem surgir durante as entrevistas. Assim, o pesquisador estará atento para resolvê-los ou minimizá-los.

Benefícios: Ao aceitar participar desta pesquisa, o participante não terá nenhum benefício direto imediato. Entretanto, esperamos que este estudo traga resultados importantes acerca do autocuidado em Diabetes, de forma que o conhecimento que será construído possa trazer contribuições para o cuidado às pessoas com Diabetes.

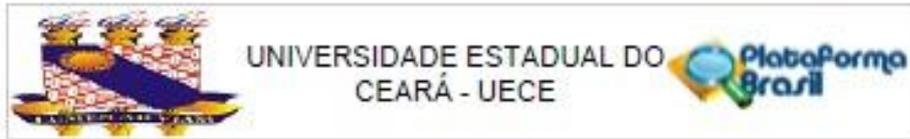
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com valor científico, pois investiga um tema pertinente para a clínica relacionada Diabetes Mellitus tipo 2 e sobre autocuidado em diabetes para pessoas acometidas e apreensão de como se desdobram as práticas vivenciadas por profissionais e usuários. Adota metodologia específica para alcance dos objetivos propostos. Descreve os riscos e benefícios da pesquisa, além de critérios de inclusão e exclusão para os participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Projeto apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da pesquisa;

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700		CEP: 80.714-903
Bairro: Itaperi		
UF: CE	Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3101-0890	Fax: (85)3101-0906	E-mail: anevalensia@uece.br



Continuação do Parecer: 884.772

Apresenta Folha de Rosto com a assinatura da pesquisadora e diretora do Centro de Ciências da Saúde da Instituição de Ensino;

Apresenta Carta de Anuência da Instituição em que será realizada a pesquisa;

Apresenta cronograma de execução da pesquisa considerando aprovação do Cep;

Apresenta Projeto de Pesquisa anexado na Inteira.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 13 de Março de 2015

Assinado por:
Ana valeska Siebra e silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 80.714-908
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0860 Fax: (85)3101-0908 E-mail: anavaleska@uece.br