

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

EVA PORTO BEZERRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A CONSULTA DE
ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DIABÉTICOS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**JOÃO PESSOA
2013**

EVA PORTO BEZERRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A CONSULTA DE
ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DIABÉTICOS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação inserida na Linha de Pesquisa *Fundamentos Teóricos Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Marta Mirian Lopes Costa

JOÃO PESSOA
2013

EVA PORTO BEZERRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A CONSULTA DE
ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DIABÉTICOS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Marta Miriam Lopes Costa - UFPB
Orientadora

Prof^º. Dr. Francisco Stélio de Sousa - UEPB
Membro Externo

Prof^ª. Dr^ª. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares - UFPB
Membro Interno

Prof^ª. Dr^ª. Inácia Sátiro Xavier França – UEPB
Membro Externo (suplente)

Prof^ª. Dr^ª. Maria das Graças Melo Fernandes - UFPB
Membro Interno (suplente)

Dedico este trabalho a Iris Porto, minha “doce filha”, grande responsável pela minha incansável busca no saber. Pude mostrar-lhe que é possível viver bem e ser feliz com diabetes.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, inteligência suprema, causa primeira de todas as coisas, por Se fazer sempre presente em minha vida, conduzindo, iluminando e guiando meus passos, me dando a certeza de que “tudo posso, pois **Ele** está comigo.”

Ao meu esposo, George Medeiros, pelo apoio, compreensão, amor... Por sempre acreditar que posso, estando sempre ao meu lado. Amo-o.

Às minhas filhas Iris e Iara, que apesar de não compreenderem as minhas ausências, sempre me fortalecem com seu amor e carinho. Amo vocês!

A minha amada mãe, Damáris Porto, meu maior exemplo de que há sempre tempo para tudo, sempre me aconselhando, me confortando, me acalmando... Pela mulher lutadora que é e pelo amor que sempre me dedicou. Amo-te, minha Mãe.

Aos meus amados irmãos Ed Porto e Emy Porto, “meus eternos professores”, pela força, pelo amor, pelo incentivo e por estarem sempre dispostos a me ajudar, me mostrando que é possível, basta querer. Amo vocês!

Ao meu querido cunhado, João Bezerra, por encorajar-me, incentivar-me e por despertar em mim o amor pela minha profissão. Muito obrigada, Professor!

A minha mais que orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Marta Miriam Lopes Costa, amiga querida, exemplo maior de uma verdadeira mestra, por conduzir tão serenamente essa nossa trajetória. Por me aceitar como sua primeira orientanda, pelas valiosas orientações não só nesse estudo, mas nas orientações para a vida. Obrigada pela sabedoria, paciência, confiança, amizade, carinho, conselhos e orações. Muito obrigada pela oportunidade de realizar essa imensa conquista.

A minha querida amiga Lidiane Andrade (Lilí), pelo carinho e disponibilidade dedicados a mim. Por me incentivar e dividir comigo o peso que muitas vezes carreguei. Muito obrigada por fazer parte dessa trajetória.

A Alice Brito, amiga querida, pela ajuda na elaboração da apresentação desse estudo.

As queridas colegas Daniele Martins e Aline Franco, pela parceria nas publicações, pela paciência e pelas boas risadas que demos juntas.

As professoras Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares, Maria das Graças Melo Fernandes, Inacia Sátiro Xavier França e ao Prof. Francisco Stelio de Sousa, por aceitarem tão prontamente participar de minha banca.

Às queridas colegas enfermeiras da Estratégia Saúde da Família que aceitaram participar dessa pesquisa, contribuindo ativamente para a construção do instrumento.

À Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, representadas pela Secretária de saúde Dr^ª. Roseana Meira, pela Secretária Adjunta Dr^ª. Adriene Jacinto, pela Diretora da Atenção à Saúde Dr^ª. Tamara Guedes e pela Coordenadora da Área Temática de Hipertensão e

Diabetes Dr^a. Silmery Brito. Obrigada por me incentivarem e por acreditarem no meu trabalho.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação, Wellington, Sr. Ivan, Sra. Conceição e Marina, por tanta dedicação e prontidão em ajudar a resolver os problemas.

A Viviane Cordeiro de Queiroz pela revisão da linguagem.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização dessa pesquisa.

“Descobri que o mais alto grau de paz interior decorre da prática do amor e da compaixão. Quanto mais nos importamos com a felicidade de nossos semelhantes, maior o nosso próprio bem-estar”.

Dalai-Lama

“Porque Deus não nos deu o espírito de temor, mas de fortaleza, amor e moderação.”

Paulo (II Timóteo, 1:7.)

RESUMO

BEZERRA, Eva Porto. **Construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos no programa saúde da família.** 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

Introdução: A Saúde da Família é uma reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do SUS, composta por equipes multiprofissionais, que atuam de forma dinâmica nas unidades de saúde, através da promoção, prevenção, combate a doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde das famílias de um território delimitado, com definição de responsabilidades entre o serviço e a população acompanhada. Inserido nesse contexto, o enfermeiro atua em atividades como educação, organização, planejamento, avaliação de ações de saúde, consulta de enfermagem, dentre outras. A consulta de enfermagem, embasada em um modelo teórico e na metodologia científica do processo de enfermagem, surge como um poderoso instrumento para o controle de doenças crônicas degenerativas, a exemplo do diabetes, na atenção básica. Nesse estudo, optou-se pela utilização da Teoria do Autocuidado, proposta por Orem, por entender ser a mais aplicável ao atendimento dos usuários diabéticos. **Objetivos:** Construir e validar um instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos atendidos no programa saúde da família. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa metodológica, realizada em unidades de saúde da família, no município de João Pessoa-PB. Desenvolveu-se em três etapas: identificação dos indicadores empíricos dos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e por desvio de saúde em diabéticos; validação, pelas enfermeiras que atuam no programa saúde da família, dos indicadores empíricos identificados para a construção do instrumento; validação, de forma e conteúdo do instrumento, pelas enfermeiras. **Resultados:** Na primeira etapa foram analisados 227 indicadores empíricos identificados a partir da literatura atualizada da área, sendo 139 relacionados aos requisitos de autocuidado universais, 22 aos requisitos desenvolvimentais e 66 aos requisitos por desvio de saúde, sendo incluídos no instrumento os que possuíam índice de concordância igual ou maior que 0,80. Na segunda etapa, foi construída a versão preliminar do instrumento de coleta de dados a partir dos indicadores empíricos validados. A validação de forma e conteúdo, que contemplou a terceira etapa do estudo, foi realizada pelos enfermeiros assistenciais das unidades de saúde da família, gerando o instrumento de planejamento da assistência de enfermagem para diabéticos atendidos no programa saúde da família. **Considerações finais:** O estudo revelou ser possível construir e validar um instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos no programa saúde da família. Acredita-se que a aplicação do instrumento, proporcionará maior qualidade no atendimento aos usuários diabéticos, facilitando o registro dos dados e comunicação mais efetiva entre a equipe, bem como a valorização da enfermeira na instituição.

Palavras-chave: Enfermagem. Diabetes *Mellitus*. Coleta de Dados. Processos de Enfermagem. Saúde da Família.

ABSTRACT

BEZERRA, Eva Porto. **Construction and validation of a nursing-service instrument for diabetic users in the family's health program.** 106f. Dissertation (Master's Degree in Nursing). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

Introduction: Family's Health is a reorientation of the assistance model, in accordance with the principles of SUS, made up of multi-professional teams which operate dynamically in health-care units by means of promotion, prevention, disease fighting and aggravations that appear to be most frequent, and in the maintenance of the families' health of a limited territory, with well-defined responsibilities between the service and population accompanied. In this context, the nurse acts in activities such as education, organization, planning, assessment of health actions, nursing services, among others. Nursing services, based on a theoretical model and also on a nursing-process scientific methodology, arises as a powerful instrument for the control of chronicle degenerative diseases, like the diabetes, in the basic care. In this research, the Self-Care Theory utilization was chosen, as proposed by Orem, due to the fact that it is seen as the most applicable for the service of diabetic users. **Objectives:** To construct and validate an instrument for nursing service for diabetic users received in the family's health program. **Methodology:** This is a methodological study, accomplished in family's health units, in the city of João Pessoa- PB. It was developed in three stages: identification of empirical indicators of universal and developmental self-care requirements, and health deviations in diabetic people; validation, by nurses who work in family's health, of identified empirical indicators for the instrument construction; validation of instrument's form and content, by nurses. **Results:** In the very first stage, 227 identified empirical indicators were evaluated from the field's updated literature with 139 related to the universal self-care requirements, 22 to developmental requirements, and 66 to health-deviation requirements, with the ones who had the agreement index equal or higher than 0,80, included in the instrument. In the second stage, a preliminary version of the data-collection instrument was constructed from empirical indicators validated. The validation of form and content, which contemplated the third stage of the research, was realized by assistance nurses of family's health units, generating the nursing assistance planning instrument for diabetic people received in the family's health program. **Final considerations:** The research has made it possible to construct and validate an instrument for nursing services for diabetic users in the family's health program. It is believed that the application of the instrument will provide a service of a higher quality for diabetic users, making data registration easier and communication more effective for the team as well as the appreciation of nurses in the institution.

Key-words: Nursing. Diabetes *Mellitus*. Data Collection. Nursing Processes. Family's Health.

RESUMEN

BEZERRA, Eva Porto. **Construcción y validación de un instrumento para la consulta de enfermería a los usuarios diabéticos en el programa de salud familiar.** 106f. Disertación (Maestría en Enfermería). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa, 2013.

Introducción: La salud de la familia es una reorientación del modelo de atención, de acuerdo con los principios del Sistema Único de Salud, integrado por equipos multiprofesionales que trabajan de forma dinámica en las unidades de salud a través de la promoción, prevención, combate a las enfermedades y agravios más frecuentes y en el mantenimiento de la salud de las familias de un territorio definido, con definición de responsabilidades entre el servicio y la población acompañada. Inserto en este contexto, el enfermero actúa en actividades como educación, organización, planificación, evaluación de programas en consulta de enfermería de salud, entre otros. La consulta de enfermería, basada en un modelo teórico y la metodología del proceso de enfermería científica, emerge como poderosa herramienta para el control de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, en la atención primaria. En este estudio, se optó por utilizarla Teoría de Autocuidado, propuesto por Orem, por comprender ser la más aplicable a la atención de los usuarios diabéticos. **Objetivos:** Desarrollar y validar un instrumento para la consulta de enfermería a los pacientes diabéticos en el programa de salud de la familia. **Metodología:** Se trata de investigación metodológica, llevado a cabo en unidades de salud de la familia en João Pessoa-PB, Brasil. Desarrollado en tres pasos: identificación de indicadores empíricos de requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y por desvío de salud en diabéticos; validación, por enfermeras que trabajan en el programa de salud de la familia, de los indicadores empíricos identificados para la construcción del instrumento; validación de forma y contenido del instrumento, por las enfermeras. **Resultados:** En la primera etapa se analizaron 227 indicadores empíricos identificados en la literatura actual del área, con 139 relacionados con requisitos de autocuidado universales, 22 a los requisitos de desarrollo y 66 a los requisitos por desvío de la salud, siendo la inclusión en el instrumento los que tenían un índice igual o mayor que 0,80. En la segunda etapa, fue construida la versión inicial del instrumento de recolección de datos de los indicadores empíricos validados. La validación de la forma y contenido, que incluye el a tercera etapa del estudio se llevó a cabo por las enfermeras de las unidades de salud de la familia, lo que generó instrumento de planificación de cuidados de enfermería para los pacientes diabéticos en el programa de salud de la familia. **Consideraciones finales:** El estudio reveló ser posible construir y validar un instrumento para la consulta de enfermería a los usuarios diabéticos en el programa de salud familiar. Se cree que la aplicación de la herramienta proporcionará atención de mayor calidad a los usuarios diabéticos, lo que facilita el registro de datos y comunicación más eficaz entre el equipo, bien como valoración de la enfermera en la institución.

Palabras-clave: Enfermería. Diabetes *Mellitus*. Recolección de Datos. Procesos de Enfermería. Salud de la Familia.

LISTA DE QUADROS E TABELA

Quadro 1	Principais fatores de risco para o surgimento do diabetes tipo 2	24
Quadro 2	Critérios de diagnóstico do diabetes tipo 2	24
Quadro 3	Objetivos, metas e periodicidade de avaliação do plano de cuidados dos portadores de diabetes tipo 2	27
Quadro 4	Relação dos indicadores empíricos dos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e por desvios de saúde encontrados na literatura pertinente	57
Quadro 5	Relação dos indicadores empíricos identificados na literatura que alcançaram frequência > 80% segundo as enfermeiras que atuam no programa saúde da família	63
Tabela 1	Dados sócio-demográficos dos participantes da pesquisa	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma de rastreamento e diagnóstico do diabetes tipo 2 no programa saúde da família.....	25
Figura 2	Modelo da Teoria do Autocuidado de Orem	42
Figura 3	Hierarquia estrutural do conhecimento	49
Figura 4	Mapa de distribuição geográfica das unidades de saúde da família por distritos sanitários	53
Figura 5	Fluxograma do percurso metodológico da pesquisa	55
Figura 6	Fluxograma com as fases da primeira etapa	56
Figura 7	Fluxograma com as fases da segunda etapa	59
Figura 8	Instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem ao usuário diabético no programa saúde da família	69
Figura 9	Fluxograma com as fases da terceira etapa	71

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	OBJETIVOS	32
2	REFERENCIAL TEÓRICO	34
2.1	O CONHECIMENTO CIENTÍFICO NA ENFERMAGEM	34
2.2	A TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO DE OREM	36
2.2.1	Teoria do autocuidado	38
2.2.2	Teoria do déficit de autocuidado	39
2.2.3	Teoria dos sistemas de enfermagem	40
2.3	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA	43
2.4	A CONSULTA DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO	47
2.5	PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTOCUIDADO	49
3	PERCUSO METODOLÓGICO E RESULTADOS	52
3.1	TIPO DE ESTUDO	52
3.2	LOCAL DO ESTUDO	52
3.2.1	Inserção no local do estudo	54
3.3	ETAPAS DO ESTUDO	55
3.3.1	Primeira etapa: identificação dos indicadores empíricos para construção do instrumento	56
3.3.2	Segunda etapa: validação dos indicadores empíricos para a construção do instrumento	59
3.3.3	Terceira etapa: validação de forma de apresentação e conteúdo do instrumento de coleta de dado	71
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	79

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

APÊNDICE B – Indicadores selecionados para os requisitos de autocuidado de usuários diabéticos atendidos no programa saúde da família

APÊNDICE C – Guia instrucional de preenchimento

APÊNDICE D – Instrumento para consulta de enfermagem ao usuário diabético no programa saúde da família

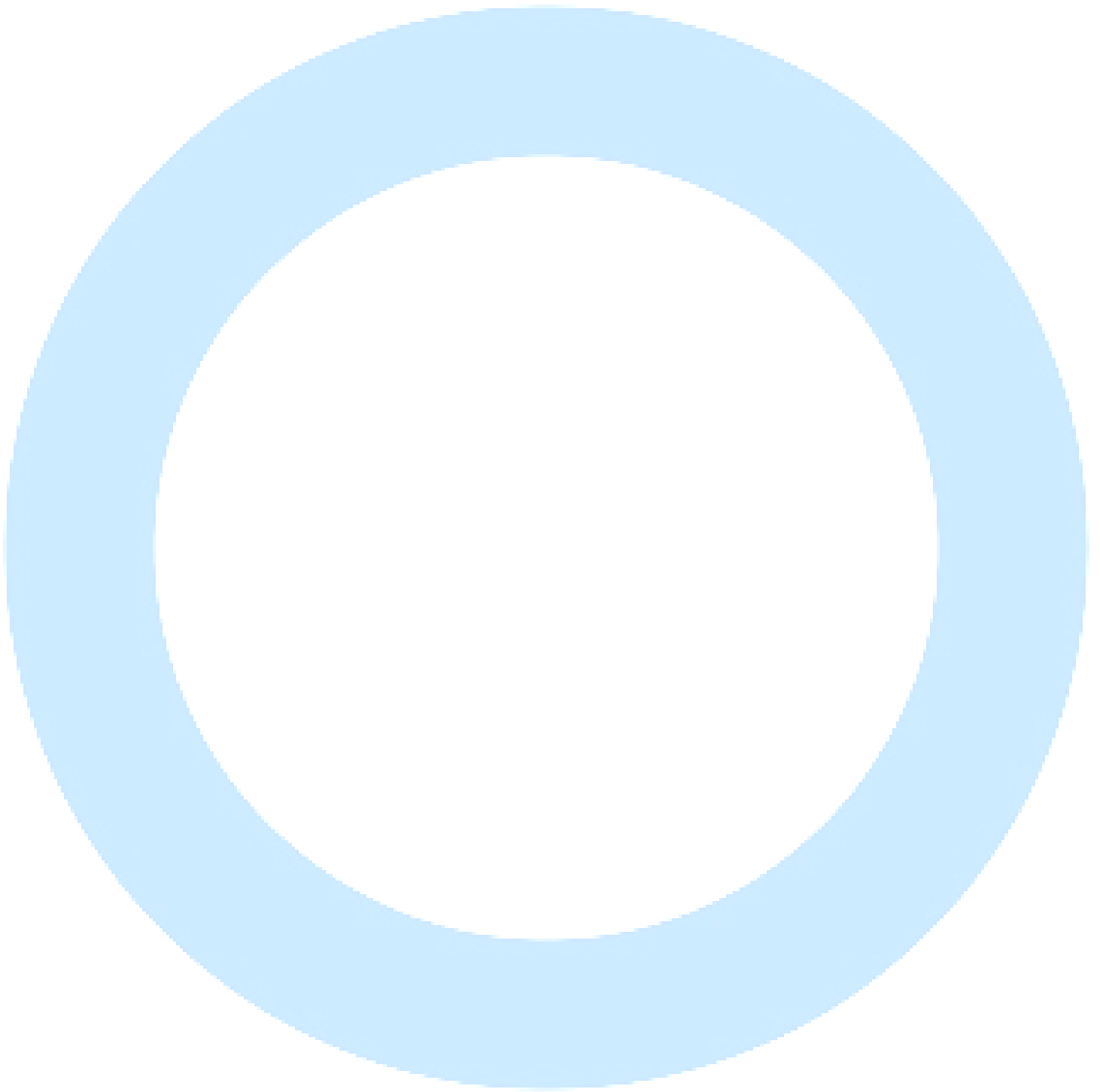
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para validação de forma e conteúdo

APÊNDICE F – Guia instrucional para validação de forma e conteúdo

APÊNDICE G – Instrumento de validação de forma e conteúdo

ANEXO

ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O movimento social da saúde, um dos mais expressivos no conjunto das lutas recentes por políticas públicas no país, tem registrado avanços e recuos, nessas duas décadas, numa trajetória dialética das forças sociais e no embate entre alguns dos seus segmentos que defendem interesses privatistas com outros segmentos defensores do direito à saúde e da responsabilidade do Estado, na efetivação de políticas que materializem esse direito (BRASIL, 2006).

O período de 1980 a 1983 é conhecido no âmbito das políticas sociais, como o período da crise da previdência social, tendo um momento de marco histórico em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs a reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos, consolidando-se, dessa maneira, o Ministério da Saúde (MS), responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, um novo ideário reformador de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi proposto: garantia de acesso universal ao sistema e um novo conceito de saúde definido como direito, além de contemplar os níveis de atenção em saúde, o que permitiu que os serviços de saúde fossem reestruturados de modo a priorizar ações de caráter coletivo e preventivo em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes, tendo como base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (SANTOS *et al.*, 2008). Nesse sentido, todo brasileiro passa a ter o direito garantido por lei ao acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Porém, apesar desses avanços, esse modelo agrega alguns desafios. No cenário de renovação da Atenção Primária de Saúde, há evidências de que situações de saúde com predominância de doença crônica, não podem ser respondidas da mesma forma de atenção das doenças agudas, pois uma pessoa acometida por uma doença crônica permanece vinculada ao sistema por décadas, e necessita de uma atenção contínua, que ofereça um cuidado integral, com ações de promoção, prevenção, curativa, reabilitadora e paliativa, devendo funcionar sob a coordenação da Atenção Primária, no Brasil, o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2009).

O Programa Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde, foi implantado em janeiro de 1994, a partir da experiência acumulada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo

assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes de Saúde da Família são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo ainda ser ampliada com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2007).

Na concepção de Rosa e Labate (2005), o Programa Saúde da Família tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, sendo capaz, funcionando adequadamente, de resolver 85% dos problemas de saúde de sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população, com a incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis.

Preocupado com o crescente aumento do número de portadores de doenças crônicas, o Ministério da Saúde lançou para o período de 2011 a 2022 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos, bem como seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. O Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as DCNT, dentre elas o diabetes, que corresponde a 5,2% das causas de morte, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

As DCNT apresentam-se como um sério problema de saúde pública, pois as mesmas têm progressão lenta e duração prolongada; tal fato justifica-se pelas transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades ao longo do tempo. As maneiras como os sujeitos e as coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver modificaram-se, repercutindo diretamente na alteração dos padrões de adoecimento (OMS, 2005). Baseado nesse novo contexto, a abordagem integral sobre o usuário portador de DCNT, necessita de um nível de apoio alargado na sua comunidade, para manter o melhor estado de saúde e nível de funcionamento, enquanto durar sua vida. Entre as ações, cita-se a atuação, em todos os níveis, de promoção, prevenção e cuidado integral (OPAS, 2010).

Ressalta-se, ainda, que os usuários portadores de doenças crônicas carecem de

aptidões de autocuidado para gerir seus problemas de saúde em seu domicílio, associadas a um cuidado e tratamento proativos, integrados, planejados, que prevejam as suas necessidades, de modo que quaisquer alterações ou deterioração em seu estado possam ser rapidamente enfrentadas antes de evoluir para uma situação aguda (CIE, 2010).

Tendo em vista as mudanças no processo saúde-doença, determinadas situações de saúde não podem ser respondidas adequadamente com sistemas de atenção fragmentados e voltada para a atenção de condições agudas. Nesse início de Século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser reformados profundamente para dar conta da atenção às condições crônicas (MENDES, 2008).

O autor citado refere, ainda, que as redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Levando em consideração a transição epidemiológica do Brasil, foi preciso mudar os modelos de atenção à saúde, para que possam responder, com efetividade, eficiência e segurança, a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003) os estudos sobre os modelos de atenção à saúde voltada para as condições crônicas, basearam-se no modelo seminal, desenvolvido nos Estados Unidos, denominado de modelo de atenção às condições crônicas, que busca articular pessoas portadoras de condições crônicas informadas com equipes de prestadores de serviços proativos. Desse modelo, derivaram várias adaptações aplicadas em diferentes partes do mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento.

No Brasil, o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, cuja base é o modelo seminal, é o Modelo de Cuidado de Doenças Crônicas (CCM) para utilização no SUS, considerado como norteador do plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, baseando-se na interação entre um doente informado participante e uma equipe de profissionais preparada e proativa, para incentivar a qualidade do cuidado das doenças crônicas (OPAS, 2010).

Considerando isso, Tannure e Pinheiro (2010) pontuam que, para se avaliar a qualidade da assistência, é imprescindível que o enfermeiro registre e documente o processo de enfermagem, uma vez que a documentação gerará dados que possibilitarão a mensuração do quanto à assistência prestada contribuiu para a estabilização de quadro dos pacientes sob cuidados de enfermagem, bem como sob a pesquisa e o ensino. Porém, devido a fatores relacionados à formação do enfermeiro, recursos humanos e estrutura administrativa das instituições, têm contribuído para a incipiência da documentação da assistência prestada. Esta

prática coopera para a invisibilidade da Enfermagem na atenção à saúde, distanciando cada vez mais seu processo de autonomia, além de interferir na qualidade da assistência.

Na atenção básica, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade, podendo ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes; da identificação de casos não diagnosticados e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visando prevenir complicações agudas e crônicas, sendo o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família o grande desafio da equipe de saúde (BRASIL, 2006).

Garcia *et al.* (2010) referem que o cuidado integral é, talvez, o maior desafio para gestores e profissionais de saúde, já que pensar em integralidade é pensar em promoção da saúde, uma vez que, ao buscar assistência, o usuário espera algo para além da atenção à doença; ele almeja acolhimento, atendimento digno e atenção integral, estando a visão de um cuidado integral sempre presente no cotidiano de todos os profissionais de saúde em qualquer nível de atenção e, em especial, na atenção básica.

Nessa perspectiva, o enfermeiro está amparado pela lei 7498/86, que determina ser de sua competência a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde, prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, bem como participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, sendo, portanto, imprescindível à atuação efetiva desse profissional nas equipes de saúde (COFEN, 2002).

Vargas e França (2007) refletem que, para que o enfermeiro esteja capacitado para prestar cuidados com precisão e coerência, é essencial que seu processo de cuidar esteja sustentado em um modelo conceitual de Enfermagem, cujo objetivo é prestar uma assistência sistematizada, planejando, organizando e registrando as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem.

Através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº358/2009, foi preconizado que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada, implantando-se o processo de enfermagem, fundamentado em um modelo teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos e o planejamento das intervenções (COFEN, 2009).

Na operacionalização da assistência, o enfermeiro ao usar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), identificará necessidades de diversas origens e, com base nelas, estabelecerá diagnósticos, intervenções e resultados. Assim, os enfermeiros precisam perceber que a SAE é um meio para aplicar seus conhecimentos na prática de cuidar e para caracterizar sua prática profissional, uma vez que desenvolverá competências e habilidades,

para vê a pessoa sob seus cuidados de modo holístico, colaborando para a integralidade da atenção à saúde (GARCIA *et al.*, 2010).

É indispensável entender que, para que a qualidade da assistência de enfermagem, prestada ao usuário diabético seja uma realidade, o serviço necessita de instrumentos para subsidiar o enfermeiro na realização do Processo de Enfermagem que, na atenção básica, é chamado de consulta de enfermagem. Porém, até o momento, os únicos instrumentos disponibilizados para o registro das atividades com usuários diabéticos, são as fichas de cadastro do programa HIPERDIA, a ficha de acompanhamento do diabético e o seu cartão de usuário, não sendo viabilizado pelo Ministério da saúde, até o momento, um instrumento de coleta de dados para usuários diabéticos acompanhados pelo programa saúde da família.

O HIPERDIA tem como objetivos possibilitar a gestão do cuidado de usuários diabéticos e hipertensos à unidade básica ou equipe de saúde; monitorar de forma contínua a qualidade do controle desses agravos na população assistida; fornecer informações gerenciais que permitam subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão; estimar o acesso aos serviços de saúde; fornecer informações que subsidiem a gerência e gestão da assistência farmacêutica; possibilitar o controle social através de informações que permitem analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção, visando à promoção de medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular e diabetes *mellitus*, assim como o reconhecimento das situações que necessitam de atendimento de maior complexidade, possibilitando as reabilitações psicológica, física e social dos portadores dessas enfermidades (BRASIL, 2011).

Vale salientar, que o atendimento de usuários hipertensos e diabéticos nas unidades de saúde da família acontece paralelamente, uma vez que, geralmente, os usuários apresentam as duas morbidades, porém, ainda não existe um instrumento para padronizar a consulta de enfermagem ao usuário diabético, embora haja comprovação que a consulta de enfermagem, quando realizada de forma adequada, permite ao enfermeiro identificar problemas, potencialidades do usuário e os focos da prática, utilizando o raciocínio clínico para determinar o diagnóstico e o resultado de enfermagem, assim como o raciocínio terapêutico para planejar as intervenções de enfermagem, imprimindo a esse conjunto de ações maior cientificidade.

O Diabetes *Mellitus* (DM) tem sido considerado uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e um importante problema de Saúde Pública nos países desenvolvidos e, em especial, nos países em desenvolvimento (BOSI *et al.*, 2009). Dados da Federação Internacional de Diabetes, estimam que, no ano de 2007, das 4,1 bilhões de pessoas com idade

entre 20 e 79 anos que habitavam o planeta, 246 milhões possuíam diabetes, o que representa 6% do total. O Brasil, com a quinta maior população do mundo, contando com 187 milhões de habitantes (em 2007), aparece como o oitavo país com maior número de diabéticos, totalizando 6,9 milhões de pessoas. As projeções feitas acerca do diabetes *mellitus* no mundo indicam que 380 milhões de pessoas apresentarão diabetes em 2025, o que representaria 7,3% da população mundial entre 20 e 79 anos. Grande parte desse aumento na prevalência mundial da doença poderá ser atribuída ao aumento da obesidade, envelhecimento e urbanização, ocorrendo, principalmente nos países em desenvolvimento (MESQUITA; VANTINE; GOLDBAUM, 2010).

Ainda na visão dos autores supracitados, ao acompanhar-se a tendência mundial, o número de indivíduos diabéticos cadastrados no Programa de Saúde da Família aumentou em mais de cinco vezes no período correspondente aos anos de 1999 a 2003, levando a um aumento de quase oito vezes no número de atendimentos relacionados à doença pela rede de atenção básica no mesmo período; além disso, o número de hospitalizações e óbitos relacionados ao diabetes, proporcionalmente superior às outras causas, são ainda indicadores indiretos do aumento na prevalência da doença, a despeito da subnotificação em algumas regiões.

No Município de João Pessoa-PB, dados da Secretaria Municipal de Saúde registraram, até o mês de dezembro de 2012, 23.071 diabéticos cadastrados no HIPERDIA nos cinco distritos sanitários, sendo o Diabete Tipo 2 responsável por 90% dos cadastros. Torna-se imprescindível destacar que a Secretaria Municipal de Saúde do referido município, atua em ações de promoção da saúde com atividades intersetoriais, desenvolvendo ações voltadas para a alimentação saudável, combate ao sedentarismo e ao tabagismo, através do programa “João Pessoa Vida Saudável”.

Ressalta-se ainda, que a referida secretaria estabeleceu, a partir de 2009, no plano de ações e metas, a Vantagem Pecuniária Individual, atrelada ao alcance das metas das equipes do programa saúde da família, com o objetivo de acompanhar e reduzir complicações advindas do controle ineficaz do diabetes, negociadas através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e Plano Municipal de Saúde – 2006/2009, através da ampliação e captação dos diabéticos para 70% e acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no HIPERDIA. Em relação ao Plano Municipal de Saúde – 2010/2013, o indicador de captação de diabetes continuou estimado em 70%, (JOÃO PESSOA, 2011).

Dessas metas, os resultados alcançados no ano de 2012, até o mês de setembro, foram: 84,16% de captação de diabéticos e 100% dos diabéticos acompanhados pelo programa saúde

da família, o que proporcionou a diminuição da taxa de internação por diabetes e suas complicações, que foi de 2,46%, abaixo da meta estabelecida pelo pacto, que é de valores abaixo de 5,82% (JOÃO PESSOA, 2012). Em paralelo, percebe-se na prática, fragilidades em relação ao cuidado com os diabéticos pelos profissionais ao adotarem medidas de controle e uma assistência de qualidade, principalmente o enfermeiro que, para cuidar de sua clientela, deve pautar-se em todos os passos da consulta de enfermagem na atenção básica.

Entre outras ações implantadas no município de João Pessoa, destaca-se a coordenação da Área Técnica de Hipertensão e Diabetes, concretizada no ano de 2010, o que viabiliza o monitoramento dos dados epidemiológicos entrelaçados com o acompanhamento e a discussão sobre o cuidar com as equipes do programa saúde da família.

Em 2007, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou a Resolução nº 61/225, considerando o diabetes um problema de saúde pública e conclamando os países a divulgarem esse dia como forma de alerta e os governos a definirem políticas e suporte adequados para os portadores da doença. Também em 2007, entrou em vigor, no Brasil, a Lei nº 11.347/2006 de autoria do ex-senador José Eduardo Dutra, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos, e materiais necessários à sua aplicação, para o tratamento de portadores de diabetes, reforçando, assim, a garantia constitucional do Sistema Único de Saúde de atendimento universal e equânime (BRASIL, 2012).

Em 14 de novembro é comemorado o Dia Mundial do Diabetes, data definida pela Federação Internacional de Diabetes, entidade vinculada à Organização Mundial de Saúde, e introduzida no calendário em 1991, como resposta ao alarmante crescimento do diabetes em todo o mundo, com o objetivo de alertar para o impacto do diabetes e estimular políticas públicas que favoreçam e possibilitem aos portadores da doença viver mais e melhor, bem como promover o diagnóstico precoce e orientar sobre formas de tratamento adequado, ajudando na redução de complicações crônicas da doença. O símbolo global do diabetes é o círculo azul, criado como parte da campanha mundial de conscientização “Unidos pelo Diabetes”, adotado em 2007. Simboliza a vida e a saúde, e o azul reflete o céu que une todas as nações; a junção do círculo com a cor azul significa a unidade da comunidade global em resposta à epidemia do diabetes e funciona como um estímulo para a união da luta de controle da doença em todas as nações (BRASIL, 2012).

O DM é uma doença metabólica, cujo marco clínico é a hiperglicemia. As principais formas clínicas de DM são o tipo 1 e o 2. O DM tipo 1 (DM1) decorre da destruição imunológica das células- β pancreáticas e é responsável por aproximadamente 10% dos casos. O DM tipo 2 (DM2) é a forma mais prevalente, correspondendo a mais de 90% dos casos, e

está basicamente associado a dois mecanismos: disfunção de células- β e resistência à ação da insulina. Esta última, por sua vez, está intimamente relacionada à obesidade e ao sedentarismo (STUMVOLL; GOLDSTEIN; HAEFTEN, 2005).

O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A organização mundial de saúde estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período da doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20% de nefropatia, 20 a 35% de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Por se tratar de uma doença crônica e degenerativa, o diabetes caracteriza-se por hiperglicemia secundária aos defeitos na secreção da insulina e/ou em sua ação, estando associados ao dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos demonstram que no momento do diagnóstico, 2% a 39% dos pacientes já apresentam retinopatia e 8% a 18% têm nefropatia. Esse distúrbio acomete cerca de 7,6% da população adulta brasileira na faixa etária de 30 a 69 anos. Diante disso, é de extrema importância que o diagnóstico seja feito o mais precocemente possível, com adoção de medidas terapêuticas eficazes, o que possibilitará o retardo das complicações crônicas (OSMUNDO *et al.*, 2010).

Song, Yamashita e Glezer (2010), descrevem que o surgimento do DM Tipo 2 pode estar relacionado a fatores ambientais e fatores genéticos, porém, a patogênese ainda não está totalmente esclarecida. Já no DM Tipo 1, acredita-se que uma inflamação nas células beta pancreáticas seja a grande justificativa para o surgimento da doença. Neste tipo de diabetes, há uma perda da secreção de insulina, o que faz com que os pacientes tenham que receber injeções diárias de insulina para o controle da glicemia. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2011), os principais fatores de risco para o surgimento do diabetes tipo 2 estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais Fatores de Risco para o surgimento do DM 2

Idade \geq 45 anos
Antecedente familiar de DM
IMC \geq 25 kg/m ² (20 a 59 anos) ou \geq 27 kg/m ² (> 60 anos)
Obesidade central (cintura abdominal > 94cm para homens e > 80cm para mulheres, medida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca)
Estágios pré-clínicos de DM – Glicemia de Jejum Alterada (GJA) e Intolerância à Sobrecarga de Glicose (ISG)
Sedentarismo
Condições associadas - HAS, acantose (hiperceratose e hiperpigmentação em pescoço e áreas de dobra como axilas), síndrome dos ovários policísticos, dislipidemia, doença vascular aterosclerótica (cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida)
História obstétrica- Macrossomia (> 4 kg), história de abortos de repetição ou mortalidade perinatal
História de diabetes gestacional
Uso de medicação hiperglicemiante (Contraceptivos orais não combinados-minipílulas, tiazídicos em altas doses, betabloqueadores, glicocorticóides entre outros)

FONTE: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2011).

O Quadro 2 apresenta os critérios de diagnóstico do diabetes tipo 2.

Quadro 2 - Critérios de diagnósticos de DM 2

Presença de sintomas e sinais clássicos de Diabetes (poliúria, polidipsia e perda inexplicada de peso) + níveis de glicemia plasmática ao acaso \geq 200 mg/dL
Glicemia plasmática de jejum* \geq 126 mg/dL, mesmo na ausência de sintomas e sinais clássicos de diabetes
Glicemia plasmática duas horas pós-sobrecarga com 75g de glicose (TOTG)** \geq 200 mg/dL, mesmo na ausência de sintomas e sinais clássicos de Diabetes.

* Dois resultados positivos **TOTG - teste oral de tolerância à glicose

FONTE: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2011).

O rastreamento é feito através de glicemia plasmática em jejum de 8 a 12 horas, e recomenda-se que seja realizado obedecendo à seguinte periodicidade: a cada três a cinco anos para indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos; de um a dois anos quando há

história de Diabetes Gestacional ou presença de dois ou mais fatores de risco, ou a qualquer momento em caso de aparecimento de sintomas da doença. O fluxograma de rastreamento e diagnóstico do DM2 no programa saúde da família é demonstrado na Figura 1.

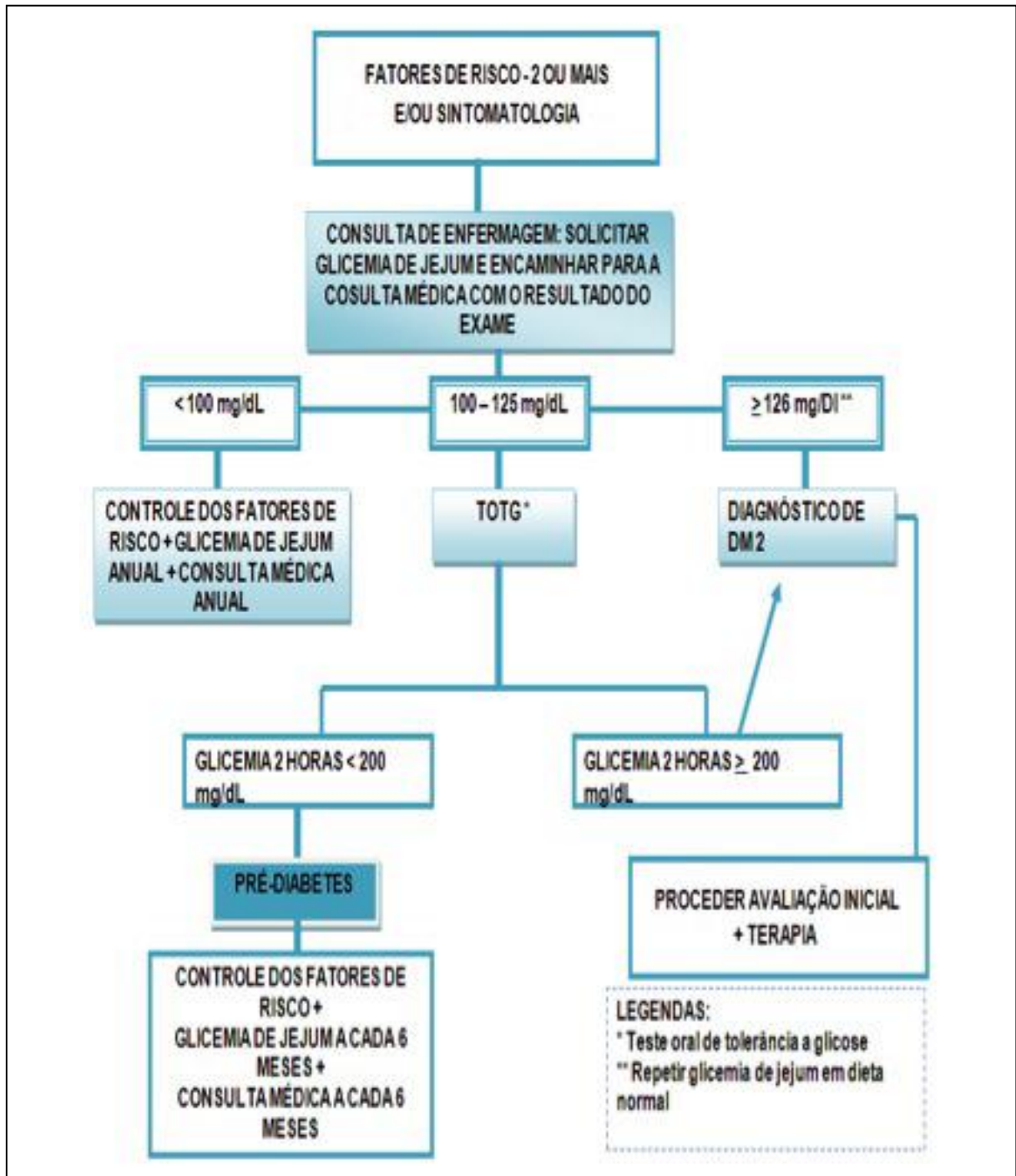


Figura 1 - Fluxograma de rastreamento e diagnóstico do DM2 no programa saúde da família
 FONTE: BRASIL, 2006, adaptado por Bezerra, João Pessoa, 2013.

Como já foi descrito anteriormente, a hiperglicemia crônica é o maior desencadeador das complicações microvasculares (neuropatia, nefropatia e retinopatia) no diabetes e também

contribui efetivamente nas complicações macrovasculares. Portanto, o tratamento baseia-se na manutenção da glicose sanguínea em valores o mais próximo possível do normal. Contudo, a maior dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde no que diz respeito ao tratamento do diabetes é a conscientização do paciente.

A nefropatia é a complicação mais comum do diabetes *mellitus*, atingindo cerca de 40% dos diabéticos do tipo 1 e 20% daqueles com diabetes tipo 2. No Brasil, a nefropatia diabética constitui a segunda principal doença responsável pela doença renal crônica (DRC): cerca de 25% dos pacientes que estão em diálise são diabéticos. O tempo de evolução do DM e o mau controle glicêmico são clássicos fatores de risco para a nefropatia diabética, assim como a hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia associadas (CASTRO; BACCHI; NORONHA, 2010).

A retinopatia diabética, segundo Castro, Bacchi e Takahashi (2010) é a principal causa de cegueira. No Brasil, é responsável por 7,5% dos casos de cegueira recente, incapacitando adultos para o trabalho. As chances de um indivíduo diabético desenvolver cegueira é 25% maior quando comparados a indivíduos sem diabetes *mellitus*, sendo a retinopatia diabética um problema muito importante de saúde pública. A duração do diabetes e o controle glicêmico são os fatores preditivos mais fidedignos no desenvolvimento da doença.

A neuropatia diabética é uma das complicações mais comuns do diabetes *mellitus*, atingindo até 50% dos portadores da doença. É de início geralmente insidioso e pode levar a úlceras plantares, amputações não traumáticas e isquemia silenciosa. A única forma de evitar ou reduzir a sua progressão é com um rigoroso controle glicêmico, ou seja, tratando os fatores que predisõem o paciente à neuropatia. O controle glicêmico estrito é a única medida eficaz, tanto na prevenção, quanto no controle de todos os tipos de neuropatia diabética, pois, pode reduzir o risco de neuropatia em até 70% e a progressão do quadro inicial em até 57% dos casos (CASTRO; BACCHI; MUTARELLI, 2010).

O pé diabético ocorre em aproximadamente 15% dos pacientes com diabetes *mellitus*, sendo a úlcera nos pés a grande causa de amputação de membros inferiores. A taxa de amputação varia de acordo com os países. Acredita-se que a alta taxa de amputação pode ser em decorrência do resultado da alta prevalência da doença, de apresentação tardia ou de recursos inadequados para tratamento. A prevenção é a terapia ideal para o pé diabético e para evitar as amputações, identificando-se pacientes de alto risco e procedendo-se a educação destes. Em alguns centros de tratamento, foi demonstrada uma redução de até 80% das amputações por terem como foco de abordagem a prevenção do pé diabético (CASTRO; BACCHI; PARISI, 2010).

O tratamento clínico do paciente com Diabetes *Mellitus* Tipo 2, consta de dois planos básicos: **controle glicêmico**, que compreende a mudança no estilo de vida e a farmacoterapia, e **prevenção de complicações crônicas**, que envolve intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares, detecção e tratamento de complicações crônicas do Diabetes (BRASIL, 2006). As metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular, e a periodicidade do monitoramento estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 - Objetivos, metas e periodicidade de avaliação do plano de cuidado dos portadores do DM 2

Indicador	Objetivos e Metas	Periodicidade e Orientações
Nutrição	-Manter o peso saudável (IMC18,5 a 25 kg/m ² adultos ou 22 a27 kg/m ² idosos) -Circunferência abdominal < 80cm em mulheres e < 94 cm em homens	-Todas as avaliações de saúde -Perder 5 a 10% do peso se sobrepeso ou obesidade presente
Estilo de vida	-Alimentação saudável -Prática regular de atividade física leve a moderada -Abstinência de fumo	-Todas as avaliações de saúde - Para fumantes a abordagem mínima para cessação do tabagismo em todas as avaliações de saúde e encaminhamento para abordagem e tratamento intensivo.
Hemoglobina glicada (HbA1c)	- Até 1% acima do limite superior da variação (em idosos – até 2%)	- 3/3meses
Glicemia de jejum (Gjj) – (Plasma)	- <110mg/dl (em idosos <120 - 140mg/dl)	- 3/3 meses
Glicemia pós-prandial – (Plasma)*	<140mg/dl (em idosos <160 - 180mg/dl)	- 3/3 meses
Colesterol total Colesterol-HDL Colesterol-LDL Triglicerídeos	< 200mg/dl >45mg/dl <100mg/dl <150mg/dl	- Anual (sem Dislipidemia) - 6/6 meses (Dislipidemia controlada) - 3/3 meses (Dislipidemia não controlada)
Avaliação cardiovascular	-PA < 130 x 80 mmHg -ECG – Normal	-Todas as avaliações clínicas(PA) -Anual(ECG)

Avaliação Oftalmológica	-Fundoscopia – Normal -Controle de complicação microvascular retineana	-Anual na ausência de retinopatia - Semestral nos casos de Retinopatia já presente - Encaminhar imediatamente se ocorrer perda súbita de visão, suspeita de glaucoma ou descolamento de retina (flashes de luz,moscas volantes, escotomas ou sombras)
Vacinação**	- Influenza	- Vacinação anual
Uréia/Creatinina sérica	- TFGe*** >90ml/min	- Anual (Normotensos) 6/6meses (Hipertensos)
Sumário de urina	- Ausência de elementos anormais e proteinúria	- 6/6meses
Microalbuminúria	- Ausente	- Anual
Pé diabético	-Ausência (LPS**** não alterada, pulsos presentes e simétricos, ausência de deformidades) -Controle de complicações neuropáticas ou vasculares -Prevenção de úlceras e Amputações	- De acordo com o risco: baixo - anual moderado - 3 a 6 meses alto - 1 a 3 meses - Orientações de cuidado com os pés e calçados.
Saúde bucal	- Ausência de processos infecciosos e inflamatórios	- Anual pelo cirurgião dentista
Saúde mental	- Ausência de transtornos mentais associados.	- Rastreamento anual de depressão pelo médico e/ou equipe multiprofissional -Participação nas atividades educativas da USF; encaminhamento para ambulatório especializado se necessário.

*Por questão de praticidade, a glicemia pós-prandial pode ser substituída pela glicemia capilar 2h após o almoço, realizada na própria UBS.

** Vacina pneumocócica: Uma vez, depois reforço após 5 anos.

FONTE: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2011).

Na visão de Neves, Narde e Glezer (2010), os objetivos primários no cuidado de pacientes com Diabetes *Mellitus*, consistem em minimizar as complicações e preservar o bem estar do paciente. Tendo em vista a ampla lista de problemas associados ao DM, a assistência ao paciente deve ser minuciosa e abrangente, envolvendo muito mais do que o simples controle da glicemia.

Nesse contexto, a avaliação completa do paciente diabético deve ser feita para confirmar o diagnóstico, classificar o paciente, detectar ou excluir a presença de doenças coexistentes ou complicações, e ajudar na formulação do plano de cuidado em que a abordagem da equipe de saúde possa envolver os fatores psicológicos como pré-requisitos na terapêutica do diabetes, uma vez que, ao receber o diagnóstico de uma doença crônica, o indivíduo experimenta uma série de sentimentos como frustrações, emoções e expectativas, acerca de um complicador que é o adoecimento do corpo e da alma.

O tratamento do usuário diabético não pode se limitar apenas às consultas médicas e aos exames laboratoriais. É dever de toda a equipe priorizar a prevenção das complicações advindas da doença concomitante à manutenção da qualidade de vida. O objetivo principal do tratamento deve ser a promoção da qualidade de vida, que depende diretamente da autonomia em relação à sua doença e aos cuidados que esta exige. A promoção da autonomia e da qualidade de vida depende da atuação da equipe na educação, bem como na orientação de seus familiares.

Inserido no contexto da equipe de saúde da família, o enfermeiro tem como atribuições, a consulta de enfermagem ao usuário diabético, priorizando a abordagem educativa, solicitação de exames de rotina, orientação sobre automonitorização, técnica de aplicação de insulina e realização de exame para identificação de pé em risco de desenvolvimento de neuropatia periférica (BRASIL, 2011). Diante disso, o enfermeiro tem papel primordial para auxiliar o usuário portador de diabetes a se reestruturar, através da compreensão da sua enfermidade, suas reais possibilidades e limitações para lidar com os obstáculos e os desafios. A finalidade é esclarecer ao usuário e a sua família os cuidados de prevenção e promoção a saúde, fornecendo informações quanto ao comprometimento gerado pela não adesão ao tratamento.

Para que esses esclarecimentos sejam incorporados à rotina diária desses indivíduos, é necessário que haja o planejamento das ações que serão desenvolvidas ao longo do tratamento, e isso perpassa pela sistematização da assistência de enfermagem, uma vez que ao se traçar metas planejadas de acordo com as necessidades e realidade de cada indivíduo, mais facilmente elas serão alcançadas. Dessa maneira, a aplicação de um instrumento que facilite a

coleta de dados de maneira objetiva se faz necessário durante a consulta de enfermagem. O paciente diabético tem um vínculo muito estreito com a enfermagem, pois é ela que orienta sobre os fatores que estão envolvidos no tratamento e controle da doença, bem como na independência desse paciente para o seu autocuidado em busca da promoção da qualidade de vida.

Através da atuação do enfermeiro, é possível introduzir ao cuidado o diálogo, no sentido de comunicar-se, ou seja: informar e ser informado, compreender e ser compreendido, ensinar e aprender, articular conhecimentos e experiências, colocando em prática a abordagem não apenas farmacológica, mas de confiança e resolutividade nas ações desenvolvidas com esse grupo, estreitando o vínculo, aumentando o compromisso consigo e com o outro (BRASIL, 2009).

No intuito de atender à necessidade de descrever, explicar, prever e controlar os fenômenos de interesse para a Enfermagem, modelos conceituais e teorias foram desenvolvidos como meio de aplicar sua base de conhecimento na prática (GARCIA; NÓBREGA, 2010). Os modelos e as teorias de enfermagem retratam a visão de mundo e as experiências profissionais do enfermeiro na construção dos mesmos, influenciando, dessa maneira, a realidade, assim como a realidade também influencia o desenvolvimento teórico da enfermagem. Neste sentido, a escolha de uma teoria deve ser orientada por um propósito explícito ou assunto de interesse (MATOS *et al.*, 2011).

Leopardi (2006) destaca que toda teoria se deparará com a prática, devendo se adaptar a ela, de maneira que nenhum conhecimento seja puro em sua aplicação, uma vez que a utilização de teorias ou modelos conceituais são sempre parâmetros que orientam a prática e podem ser modificados de acordo com as necessidades.

Para que a qualidade da assistência seja avaliada, é imprescindível que o enfermeiro registre e documente o processo de enfermagem, gerando dados que possibilitem a mensuração do quanto à assistência prestada contribuiu para a estabilização de quadro dos pacientes sob cuidados de enfermagem, bem como sob a pesquisa e o ensino (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Silva e Nóbrega (2006) destacam que para que se compreenda e operacionalize o processo de enfermagem, verifica-se a necessidade de que o mesmo seja subsidiado por um instrumento, que deve ser construído de modo que se consiga visualizar o cliente como um todo, detectando todos os dados de interesse para a Enfermagem, tornando mais rápidas as ações e atendendo à especialidade a qual se propõe prestar assistência, desmistificando a ideia de mais um papel burocrático a ser preenchido.

A partir da minha experiência como enfermeira, atuando no Programa Saúde da Família durante cinco anos, percebi as inúmeras dimensões com as quais estamos envolvidos, desde prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde; no entanto, alguns problemas na consulta de enfermagem aos usuários diabéticos me inquietaram. Dentre eles, a falta de avaliação conjunta das respostas do usuário a um problema identificado, a não identificação de algumas necessidades, ações implementadas de maneira isoladas, a ausência de um roteiro que subsidiasse um cuidar de forma organizada, planejada, sistematizada e acima de tudo que pudesse atender as necessidades de forma holística dos usuários diabéticos.

Diante desse descontentamento, identifiquei a necessidade de iniciar um processo de implantação da SAE aos usuários diabéticos no Programa Saúde da Família, através da construção de um instrumento de coleta de dados, que possa atender às necessidades dos mesmos. A elaboração desse instrumento subsidiará a identificação e registro dos indicadores, que refletirão os possíveis diagnósticos de enfermagem e possibilitarão a implantação da SAE nessa clientela, uma vez que o instrumento servirá de guia para a coleta de dados, ou seja, a primeira fase do processo de enfermagem. Mediante esses esclarecimentos, questiono a possibilidade de construir e validar um instrumento para a consulta de enfermagem ao usuário diabético no programa saúde da família.

Diante do exposto, destacamos a importância científica do estudo, que proporcionará a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, fortalecendo o domínio do tema proposto e a melhoria do atendimento de enfermagem ao usuário diabético, através do aprofundamento do conhecimento científico e da prática na metodologia proposta para a execução da consulta de enfermagem. Para tal, optamos pela utilização do referencial teórico de Dorothea Elizabeth Orem na construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem, subsidiando a coleta de dados, avaliação e cuidados de enfermagem aos diabéticos atendidos no programa saúde da família, uma vez que a teoria do autocuidado baseia-se na premissa de que o indivíduo tem a capacidade de cuidar de si mesmo através de atividades desenvolvidas em seu próprio benefício, a partir da aprendizagem promovida pela enfermagem.

Baseando-se na importância da construção de instrumento metodológico de trabalho para o enfermeiro, que possa contemplar os requisitos de autocuidado necessários no cuidar do usuário diabético, estabeleci como meta para este estudo, a possibilidade de se construir e validar um instrumento para a documentação do processo de enfermagem no programa saúde da família.

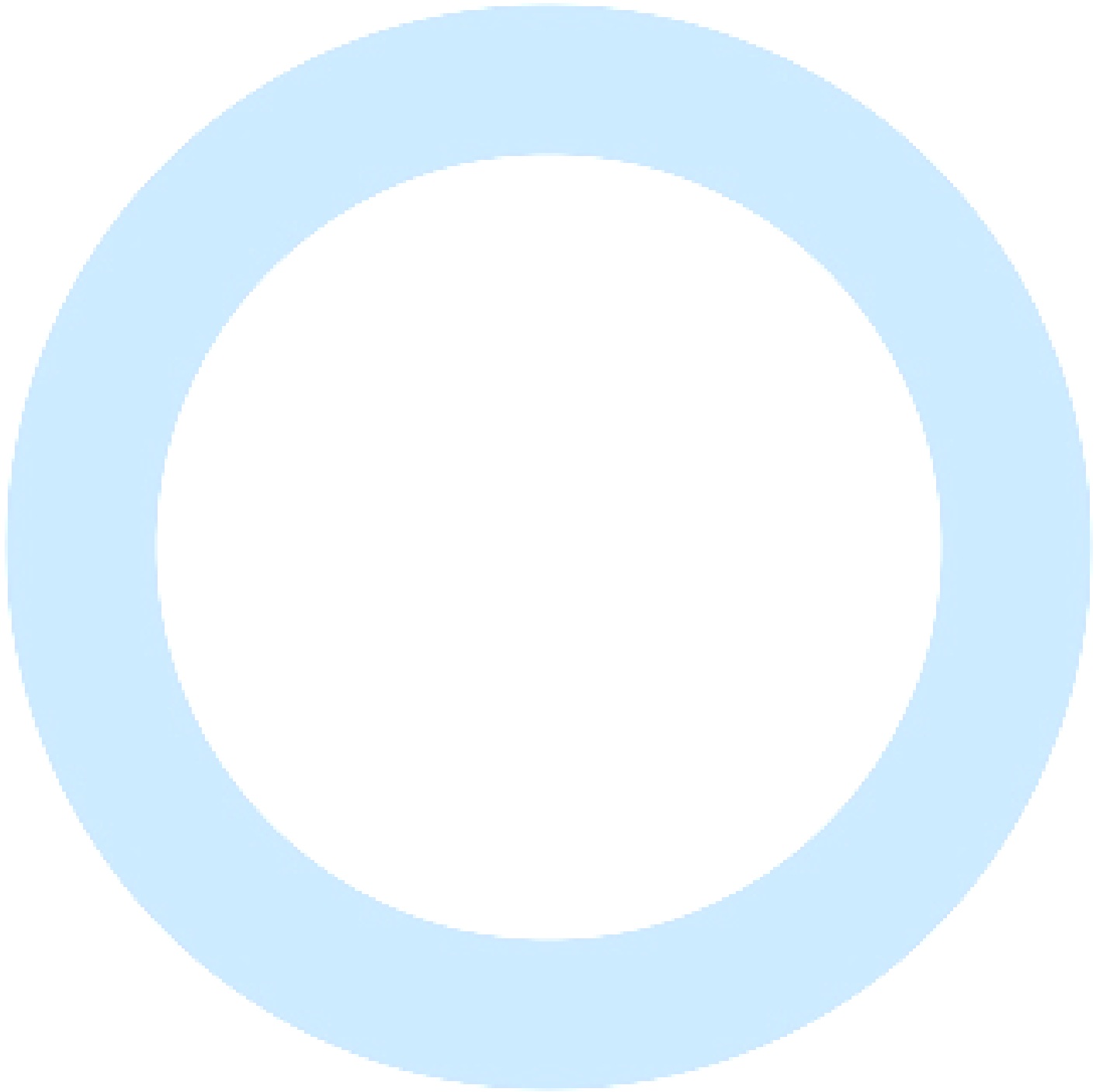
1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Construir e validar um instrumento para documentação da primeira fase do processo de enfermagem no atendimento aos usuários diabéticos no programa saúde da família, fundamentada na Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar os indicadores empíricos dos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde em diabéticos;
- Validar os indicadores empíricos identificados junto às enfermeiras das unidades de saúde da família, para a construção do instrumento;
- Realizar validação de forma e conteúdo do instrumento com as enfermeiras das unidades de saúde da família.



REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO NA ENFERMAGEM

De acordo com Medina (1998), o cuidado de enfermagem diferencia-se de outras profissões, uma vez que é embasado por um corpo de saberes próprios, o que caracteriza a atividade profissional, baseada em modelos conceituais e marco teórico, o que lhe garante maior visualização científica.

Dessa maneira, Florence Nightingale mesmo não tendo criado nenhuma teoria, contribuiu e embasou grande parte dos modelos conceituais da Enfermagem contemporânea. Em seu livro *Notes of Nursing* reuniu conhecimentos que havia adquirido ao tratar doentes durante a guerra da Criméia. Apesar dos importantes relatos de Florence, uma grande lacuna separou os seus pressupostos dos primeiros indícios de novas visões teórico-filosóficas (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

No final da década de sessenta, com a criação das escolas de pós-graduação nos Estados Unidos, a formação de enfermagem passou a ser mais avançada e crítico-reflexiva, atuando principalmente na prestação de cuidados, no ensino, nos trabalhos de investigação, nos artigos de opinião e nas construções teóricas (LOPES, 2006). A partir de então, inúmeras teóricas norte-americanas começaram a consolidar o conhecimento produzido no campo da Enfermagem, embasadas por Dorothy Johnson, que afirmava que uma profissão não poderia existir sem um corpo de saberes próprios, explicitando seus saberes teóricos (GOMES *et al.*, 2007).

As teorias de enfermagem emergem com o objetivo de organizar o conhecimento e sistematizar a prática, já que articula os princípios e valores com o conhecimento, tornando-se filosofias de enfermagem (LEOPARDI, 2006). Ao desenvolver cuidados pautados em referenciais teóricos, a enfermagem fomenta novos conhecimentos para o aperfeiçoamento da profissão (CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007).

Segundo Oguisso (2007), na antiguidade, o cuidar era sinônimo de trabalho materno, tendo como função a manutenção da nutrição dos filhos e de pessoas dependentes, sendo o cuidado visualizado como um instinto de proteção. Na idade média, os cuidados de enfermagem eram desenvolvidos principalmente por pessoas do sexo masculino, pois era proibido às mulheres cuidarem de homens que não fossem parentes próximos. No entanto, com o passar dos tempos, as mulheres passaram a exercitar as atividades de cuidado, sendo substituídas pelos sacerdotes, e futuramente pela figura dos médicos.

Até a década de 1950, os cuidados realizados pela enfermagem eram extremamente funcionais; a partir de então, surgiu a preocupação em organizar os princípios científicos que norteiam a prática, buscando uma fundamentação teórica para o desenvolvimento dos procedimentos técnicos. Assim, nos Estados Unidos, iniciam-se as articulações para sistematizar novos paradigmas teórico-filosóficos relacionados à enfermagem, colaborando para a sua inserção, também, como ensino superior, no Brasil (PADILHA; BORESTEIN; SANTOS, 2011).

As teorias de enfermagem incorporam conceitos e teorias compartilhados com outras disciplinas para orientar o desenvolvimento da teoria, da pesquisa e da prática. Nesse contexto, surge o conceito de metaparadigma de enfermagem, que é o componente mais abstrato e geral da hierarquia estrutural do conhecimento da enfermagem, e que identifica os fenômenos primários de interesse dessa disciplina e explica como ela lida com tais fenômenos (MCEWEN; WILLS, 2009).

Segundo as autoras supracitadas, o metaparadigma (indivíduo, saúde, ambiente e enfermagem) inclui as principais orientações filosóficas ou visões de mundo da disciplina de enfermagem, os modelos conceituais e as teorias que orientam a pesquisa e outras atividades de estudos, e os indicadores empíricos que operacionalizam os conceitos teóricos. O metaparadigma tem como principal objetivo resumir as missões intelectuais e sociais da disciplina, e impor limites ao assunto dessa disciplina.

O indivíduo é um ser único, composto por necessidades físicas, intelectuais, bioquímicas e psicossociais, sendo considerado o foco da atenção de enfermagem, o recebedor dos cuidados. O conceito de indivíduo é o mais central do domínio da enfermagem, sendo também considerada em diversas teorias como família e/ou comunidade (MCEWEN; WILLS, 2009).

Para Lopes (2006), saúde é um dos conceitos de maior centralidade na disciplina de enfermagem; corresponde à adaptação bem sucedida aos estressores da vida, relaciona-se com o conforto e bem-estar, não apenas a ausência de doenças. Na visão de McEwen e Wills (2009), ambiente é o local onde se realiza o cuidado e está em constante interação com o indivíduo. Tannure e Pinheiro (2010) conceituam a enfermagem como a ciência do cuidado executado por meio de uma metodologia assistencial.

O instrumental construído para orientar a enfermagem, na busca de sua autonomia, como campo específico do saber, foram as teorias de enfermagem, promovendo uma delimitação dos campos de atuação dessa disciplina, no trabalho com outros profissionais (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Dessa maneira, diversas teorias contribuíram para fortalecer a enfermagem enquanto ciência, dentre elas, a teoria do autocuidado desenvolvida por Dorothea Elizabeth Orem. Atualmente, há um movimento crescente em direção à ciência da enfermagem ou prática baseada em evidências, segundo o qual as teorias são testadas e aplicadas para descrever ou identificar resultados do cuidado de enfermagem nos pacientes. Portanto, fica evidente que o desenvolvimento de uma teoria é indispensável para a elaboração de qualquer trabalho científico, sendo, portanto, essencial que a enfermagem utilize teorias em suas pesquisas, possibilitando coerência, organização e sistematização do seu objeto de estudo.

O uso de uma teoria de enfermagem leva a um cuidado coordenado e menos fragmentado, pois possibilita a estruturação e a organização do conhecimento da enfermagem, oferecendo um meio sistemático de coleta de dados, fornecendo subsídios para descrever, explicar e prever a prática, afirmando não apenas o foco dessa prática, mas as metas e os resultados específicos (MCEWEN; WILLS, 2009).

As teorias de enfermagem vêm sendo cada vez mais utilizadas na prática, possibilitando a melhora na qualidade da assistência, uma vez que oferecem estrutura e organização aos conhecimentos de enfermagem, direcionando as ações dos enfermeiros de modo que possa responsabilizá-los pelos cuidados prestados aos pacientes, não mais executados de maneira empírica; além disso, a teoria funciona como um alicerce estrutural para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois para que a SAE seja implantada, faz-se necessário o uso de um marco conceitual que fundamente a organização que o serviço deseja alcançar (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Diante da importância do uso de teorias de enfermagem aliados à prática assistencial, dando um caráter mais científico a prática da enfermagem, e através da observação das características e filosofia do serviço oferecido nas unidades de saúde da família, este estudo teve como guia a Teoria Geral de Enfermagem desenvolvida por Dorothea Orem.

2.2 A TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE OREM

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em 1914, em Baltimore - Maryland. Iniciou sua educação em enfermagem no *Providence Hospital School of Nursing*, em Washington, DC. Após receber o seu diploma, no início dos anos 30, obteve o grau de Bacharel em Ciências em Educação de Enfermagem em 1939 e Mestre em Ciências em Educação de Enfermagem em 1945, pela *Catholic University of America*. Após receber diversos prêmios, Orem foi nomeada Membro Honorário da *American Academy of Nursing*, em 1992. Durante sua carreira de

enfermagem profissional, trabalhou como enfermeira de equipe, enfermeira particular, educadora em enfermagem, administradora e consultora.

A Teoria Geral de Enfermagem originou-se do trabalho de Dorothea Orem, ao participar de um projeto para desenvolver um currículo para um programa prático de Enfermagem, o que a levou a indagar: “Qual a condição existente numa pessoa, quando estas ou outras determinam que aquela deva submeter-se a cuidados de enfermagem?” Sua resposta inclui a ideia de que o enfermeiro é um “outro eu”, o que foi expandido para o conceito de “autocuidado”, e em 1958 este trabalho foi publicado em forma de guia (FOSTER; JANSSENS, 1993).

A partir da década de 1970, a proposta teórica do autocuidado vem sendo publicada, sempre com acréscimos. A edição de 1971 enfoca o indivíduo; a segunda edição, em 1980 foi ampliada para incluir unidades multipessoais (famílias, grupos e comunidades). Em 1985, Orem apresenta a Teoria Geral de Enfermagem, formada por três construtos teóricos inter-relacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria dos Déficits de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (FAWCETT, 1984; FOSTER; JANSSENS, 1993).

Fawcett (1984) refere que a ênfase de Orem na manutenção de ação de autocuidado, sugere uma visão de mundo de persistência, onde o foco é a necessidade do indivíduo da ação para o autocuidado numa base contínua, a fim de manter a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou ferimento e lidar com seus efeitos.

Os quatro principais conceitos dessa teoria são: ser humano, saúde, sociedade e enfermagem em seu trabalho. O **ser humano** se diferencia dos outros seres vivos porque tem a capacidade de refletir sobre si mesmo e o ambiente que o cerca. Quanto ao conceito de **saúde**, sustenta a definição da Organização Mundial de Saúde, “como estado mental e social e não apenas a ausência de doença ou da enfermidade”. A saúde tem por base a prevenção da saúde, incluindo a promoção e manutenção da saúde, o tratamento da doença e prevenção de complicações. Ou seja, a prevenção primária, a secundária e terciária, respectivamente. No seu conceito de **sociedade**, destaca que atualmente acredita-se que as pessoas adultas sejam responsáveis por si e pelo bem estar de seus dependentes.

Na **enfermagem** em seu trabalho, a enfermeira é a profissional que poderá ajudar o indivíduo, promovendo interação mútua através da consulta de enfermagem, abordagem com a família, favorecendo o envolvimento no tratamento, reuniões de grupos, orientando-os e levando-os a aprenderem como realizar práticas de autocuidado. A teoria geral de Orem proporciona a visão do fenômeno da enfermagem, permitindo que a enfermeira juntamente com o indivíduo programe ações de autocuidado adaptadas de acordo com as suas

necessidades de maneira que a relação de ajuda se expresse no diálogo aberto e promova o exercício do autocuidado.

2.2.1 Teoria do Autocuidado

Engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. Para Orem (1980) é definido como a prática de atividades exercidas pelo indivíduo para o seu benefício, buscando a manutenção da vida através do desenvolvimento de habilidades que atendam suas necessidades, sendo essa aptidão adquirida através do aprendizado e influenciada pela idade, experiências de vida, cultura, crenças, educação, dentre outros fatores.

De acordo com Orem (1991) as ações de autocuidado visam atender três tipos de requisitos de autocuidado, ou seja, as condições básicas que serão necessárias para satisfazer os objetivos que visam a manutenção da vida, saúde e bem-estar, que são: requisitos universais de autocuidado (que buscam manter a vida, a estrutura e o funcionamento do ser humano); requisitos desenvolvimentais (que oferecem as condições necessárias para as mudanças que ocorrem ao longo dos ciclos da vida, permitindo adaptações para o desenvolvimento do indivíduo) e os requisitos de autocuidado nos desvios de saúde (relacionados às necessidades de autocuidado que se manifestam na presença de doenças, incapacidades e tratamentos necessários para o restabelecimento do indivíduo).

Os requisitos universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os em seu funcionamento, estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano: manutenção e ingestão suficiente de ar, água e alimento; a provisão de cuidados com eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal (OREM, 1991).

Os requisitos desenvolvimentais ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo, tais como a infância, idade adulta e envelhecimento; gravidez e parto; situações de casamento, divórcio ou afastamento; situações de mudança no curso da vida.

Os requisitos de autocuidado por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita adaptar-se a tal situação. Os requisitos por desvio de saúde são:

busca e garantia de assistência médica adequada; conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; execução de medidas prescritas pelo médico e conscientização de efeitos desagradáveis dessas medidas; modificação de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo (OREM, 1991).

Do ponto de vista dos níveis de prevenção, os requisitos universais e os requisitos de desenvolvimento encontram-se em nível primário. Os requisitos de desvio de saúde encontram-se no nível secundário (quando auxiliam no controle de patologias em estágios iniciais ou no nível terciário) refere às ações de prevenção de defeitos ou incapacidades (CASTELLANOS, 1989; LEOPARDI, 2002).

2.2.2 Teoria do Déficit de Autocuidado

Aborda o conceito de autocuidado que é o núcleo central da Teoria Geral de Enfermagem de Orem. Nesta teoria se descreve e se explica porque as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem.

O modelo teórico de Orem coloca seu foco na capacidade que a pessoa tem para realizar o autocuidado, bem como demandas terapêuticas de autocuidado. Porém, existindo mais demandas do que capacidades há uma necessidade de intervenções de enfermagem. Orem (1991), identifica cinco métodos de ajuda que focalizam o autocuidado nesta etapa: a) agir ou fazer para o outro; b) guiar o outro; c) apoiar o outro (físico ou psicologicamente); d) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e) ensinar o outro.

Há cinco áreas práticas das ações de enfermagem de acordo com Orem (1991): iniciação e manutenção das relações enfermeiro-cliente, com pessoas, famílias ou grupos, até a independência total da enfermagem; determinação que o paciente necessita de ajuda e como isso pode se dá; resposta às solicitações e necessidades dos clientes, de contato e ajuda de profissionais de enfermagem; prescrição, oferecimento e regularidade de ajuda direta; coordenação e integração dos serviços de enfermagem com a rotina do cliente com outros cuidados de saúde e com outros serviços de caráter social ou educativo.

Para Orem (1991), aquele que providencia o autocuidado necessário, para si mesmo ou para outra pessoa, é o **agente de autocuidado**, o qual sempre sofre influências ontogenéticas, culturais e de base experimental. Desta maneira, o enfermeiro pode ser um agente de autocuidado terapêutico quando um cliente não pode suprir-se por si mesmo dos cuidados que necessita.

2.2.3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Orem (1991) destaca, nesta teoria, a maneira como as necessidades de autocuidado do paciente serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo cliente ou ambos.

Os sistemas de enfermagem são planejados pelos enfermeiros que usam suas habilidades para prescrever, planejar e proporcionar atividades de autocuidado para indivíduos ou grupos, baseada nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do cliente para a execução dessas atividades.

Da combinação de dois ou mais dos cinco métodos de assistência de enfermagem, Orem (1991) identificou três tipos de sistemas de enfermagem para assistir o cliente no alcance de suas demandas de autocuidado e na superação dos déficits de autocuidado. São os seguintes:

a) Sistema de enfermagem totalmente compensatório: quando o cliente não tem os recursos necessários para assumir um papel ativo no seu autocuidado, que exija locomoção autogerida e controlada e movimentação manipulativa, ou quando há prescrição médica de evitar tal atividade. Pessoas com tais limitações são socialmente dependentes de outros para a continuação de sua existência e de seu bem-estar. Para Leopardi (1999), a satisfação desta demanda é de responsabilidade do enfermeiro.

b) Sistema de enfermagem parcialmente compensatório: enfermeiro e cliente se engajam em suprir as necessidades de autocuidado deste. O grau de participação do cliente depende da capacidade cognitiva, do grau de destreza do enfermeiro, assim como de sua capacidade física na realização de medidas ou ações envolvendo tarefas manipulativas, ou de movimentação como resultado de uma patologia ou acidente, e que esteja sob ordem médica para restringir os movimentos (CASTELLANOS, 1989; CHINN, KRAMER, 1995; LEOPARDI, 1999).

c) Sistema de apoio educação: quando o cliente tem os recursos para alcançar as demandas de autocuidado terapêutico, mas necessita de assistência da enfermagem para tomar decisões, controlar comportamentos ou adquirir conhecimentos ou habilidades. Segundo Castellanos (1989); Foster e Janssens (1993) o papel do enfermeiro é o de promover o cliente a um agente de autocuidado.

Para Fawcett (1984), a credibilidade da teoria de Orem é percebida a partir de sua **Significância Social, Coerência e Utilidade Social**. Tais critérios são determinados a partir da revisão de publicações da teoria, bem como de outras enfermeiras que utilizaram a teoria. Ainda na concepção de Fawcett (1993) é evidente nesta teoria a ênfase nas ações de

autocuidado, e o reconhecimento da habilidade pessoal de se autocuidar leva ao uso mais eficiente dos serviços de saúde, isto é, as pessoas podem ser ajudadas a reconhecer e melhorar suas próprias habilidades de se autocuidar e só usar os serviços de saúde quando identificarem déficits potenciais ou reais de autocuidado, de maneira que faça uso menos inapropriado desses serviços.

Quanto à sua utilidade social, sabe-se que a contribuição desta teoria para a prática da enfermagem é amplamente documentada. Tem sido usada para orientar atividades de enfermagem em contextos como: ambulatórios, cuidado de enfermagem no domicílio, unidades de terapia intensiva e hospitais psiquiátricos, sejam na educação, na assistência ou na pesquisa.

Nestes e em outros ambientes, esta teoria tem sido usada para orientar a assistência de enfermagem a pacientes com condições tais como diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular encefálico, infecções respiratórias, doença terminal. A teoria também tem sido usada para planejar assistência de enfermagem a pacientes de várias idades e com uma série de requisitos para desenvolvimento de autocuidado.

Quanto à utilização desta teoria na educação de enfermagem, vê-se que a mesma se desenvolveu a partir do interesse em desenvolver um currículo para programas de bacharelado e na necessidade de diferenciar entre educação técnica e a educação profissional. Desse modo, a teoria tem sido usada como base conceitual em programas associados de educação de nível superior em várias escolas americanas de enfermagem.

Em relação à utilidade da teoria como guia para a pesquisa de enfermagem, Fawcett (1993) refere à ocorrência de conferências anuais realizadas pela escola de enfermagem da Universidade de *Georgetown*, onde são apresentadas pesquisas baseadas nessa teoria.

No que concerne à congruência social, o modelo teórico de Orem geralmente é congruente com as expectativas sociais que os indivíduos deveriam se responsabilizar pelo seu autocuidado. Entretanto, a ênfase na ação de autocuidado durante situações de doença não é completamente coerente com a expectativa de algumas pessoas em relação à enfermagem. Além disso, deve-se atentar para as expectativas das pessoas de diferentes grupos culturais e socioeconômicos.

O modelo de autocuidado de Orem contribui significativamente para o conhecimento da enfermagem, proporcionando um foco explícito e específico para as ações de enfermagem que são diferentes daquelas de outras profissões de atenção à saúde. Orem atingiu seu objetivo de identificar o domínio e os limites da enfermagem como uma ciência e como uma arte.

A força primária do modelo de Orem é a incorporação da premissa principal do

autocuidado para o indivíduo em vários níveis de saúde, além de outra força muito significativa que diz respeito à inclusão do sistema de suporte educativo da enfermagem (FOSTER; JANSSENS, 1993). A ênfase do autocuidado nesta teoria e a consideração dada à perspectiva do paciente do status de saúde ressaltam a importância da pessoa na atenção da enfermagem, aspectos especialmente atraentes para as enfermeiras que vêem a pessoa como capaz de uma ação independente.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a Teoria Geral de Enfermagem de Orem, tem ampla utilidade, indo desde a pesquisa, a assistência, a administração e a educação; apresentando uma visão otimista das próprias contribuições dos clientes para sua atenção à saúde, estando de acordo com os valores sociais contemporâneos. Dessa maneira, nosso estudo utiliza-se do referencial teórico do autocuidado proposto por Orem, pois suas etapas oferecem os fundamentos teóricos para satisfazer as necessidades individuais percebidas, através dos indicadores dos requisitos do autocuidado universais, desenvolvimentais e dos desvios de saúde em usuários diabéticos acompanhados pelo programa saúde da família. Assim sendo, a Teoria do Autocuidado de Orem com seus requisitos de autocuidado e seus subcomponentes são demonstradas na Figura 2.

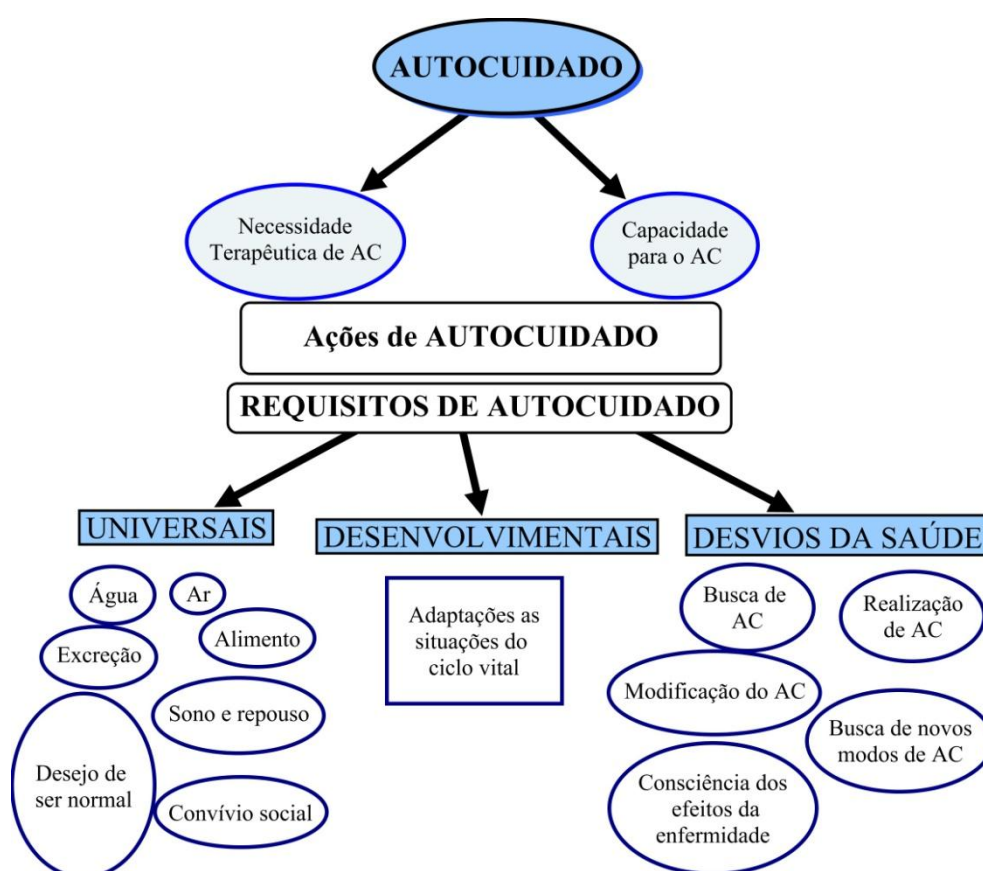


Figura 2 – Modelo da Teoria do Autocuidado de Orem

FONTE: Leopardi (2006), adaptado por Bezerra, João Pessoa, 2013.

O processo de enfermagem, proposto por Orem (1980), é um método que busca determinar as deficiências de autocuidado, bem como o papel que o enfermeiro (ou pessoa) irá desempenhar para suprir as exigências necessárias para a satisfação do autocuidado. Compreende as seguintes fases:

a) Fase de diagnóstico e prescrição, que determina as necessidades ou não de cuidados de enfermagem, onde o enfermeiro realiza a coleta de dados do indivíduo. Os dados específicos são reunidos nas áreas das necessidades de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde do indivíduo, bem como, o seu inter-relacionamento. São também coletados dados acerca dos conhecimentos, habilidades, motivação e orientação da pessoa.

b) Fase do planejamento dos sistemas de enfermagem, nesta fase o enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação. As duas ações envolvidas no planejamento dos sistemas de enfermagem seriam: a realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado dos pacientes; e a seleção da combinação de maneiras de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efetivas e eficientes na tarefa de compensar ou sobrepujar os déficits de autocuidado dos pacientes. Com a utilização do modelo de Orem, as metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando o paciente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidados.

c) Produção e execução do sistema de enfermagem é a fase onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo (ou família) no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. Esta fase inclui a evolução, onde, juntos, paciente e enfermeiro, realizam a avaliação.

2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) envolve uma estratégia de organização do trabalho da Enfermagem quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, com o objetivo de tornar possível a realização do Processo de Enfermagem (OLIVEIRA; EVANGELISTA, 2010, BACKES; SCHWARTZ, 2005, LEOPARDI, 2006). Essa estratégia da SAE tornou-se norteadora do trabalho da Enfermagem a partir de 2002, quando o Conselho Federal de Enfermagem aprovou a Resolução de N° 272 (COFEN, 2002), na busca de favorecer e respaldar a implementação da SAE em todo o território brasileiro.

A partir de então, a Enfermagem brasileira iniciou a busca por formas de operacionalizar e documentar o processo de enfermagem, em atendimento às exigências da Resolução ora mencionada (COSTA; FERNANDES; NÓBREGA, 2010). O intuito dessa regulamentação é proporcionar ao ser humano uma assistência total, por meio de ações específicas para promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Segundo Backes *et al.* (2005), a implantação da SAE, a partir de um conhecimento específico e de uma reflexão crítica acerca da organização e da filosofia do trabalho de enfermagem, constitui-se um instrumento de fundamental importância para que o enfermeiro possa gerenciar e otimizar a assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente.

Após alguns anos de acompanhamento e reflexões sobre a Resolução COFEN N° 272/2002, por meio dos resultados do trabalho conjunto entre representantes do COFEN, da subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem e da evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem, foi aprovada, em 2009, a Resolução N° 358/2009, que dispõe sobre a aplicação da SAE em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

O enfoque dessa resolução envolve os componentes da SAE, definido como a organização do trabalho da Enfermagem quanto ao método, com o objetivo de tornar possível a realização do processo de Enfermagem, que deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e, quando, realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes de consulta de Enfermagem (COFEN, 2009), a exemplo do trabalho realizado no Programa Saúde da Família.

Nesse contexto, é importante ressaltar a preocupação das instituições formadoras e das entidades de classe de capacitar os profissionais da Enfermagem para uma assistência sistematizada e de qualidade. Como exemplo, pode-se citar o trabalho da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), por meio da Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras (MALUCELLI *et al.*, 2010).

Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, que veio à tona a partir da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, a saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como

forma de vida da sociedade e direito que se afirma como política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade e hierarquização (BRASIL, 2006c). Portanto, a saúde passou a ser reconhecida como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito de todos, levando-se em conta as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano.

Concomitante à discussão sobre a saúde coletiva, o Programa Saúde da Família constituiu-se, então, como um novo cenário para se refletir sobre as práticas de Enfermagem. Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, vivenciavam um momento crucial decorrente da explosão das políticas de descentralização dos serviços e aumento de cobertura na atenção à saúde, e isso provocava mudanças de definição de suas competências e na organização da SAE (PFEILSTICKER, 2006). Sendo assim, a assistência de enfermagem tem configurado uma necessidade de revisar e modificar a prática e o papel do profissional de enfermagem, no sentido de imprimir uma nova característica à sua atuação, para lhe garantir reconhecimento profissional (OLIVEIRA; EVANGELISTA, 2010).

Barros e Chiesa (2007) afirmam que, no âmbito da saúde coletiva, as necessidades biológicas são importantes, mas devem estar articuladas às necessidades sociais. Portanto, para sistematizar o cuidado, é necessário envolver os aspectos biológicos e sociais, ambos heterogêneos e têm suas origens na reprodução da vida em sociedade. Portanto, a operacionalização da SAE na Atenção Básica deve pautar-se na Consulta de Enfermagem, que deve seguir os seguintes passos, conforme a Resolução 358/2009 (COFEN, 2009):

a) Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

b) Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, da família ou da coletividade humana, em um dado momento do processo saúde e doença, e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

c) Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, da família ou da coletividade humana, em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

d) Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de

Planejamento de Enfermagem.

e) **Avaliação de Enfermagem** - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, da família ou da coletividade humana, em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e verificar a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Ressalta-se que a consulta de Enfermagem deve estar baseada em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das intervenções e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. Além disso, todo esse arcabouço deve ser registrado formalmente, com um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana; os diagnósticos de enfermagem identificados; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados e aos resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (COFEN, 2009).

No tocante ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro no Programa Saúde da Família, destaca-se a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos, cuja realização pressupõe que os enfermeiros dominem as habilidades de comunicação, observação e técnicas propedêuticas, que devem ter objetivos claros e metodologias próprias, fazendo com que eles tenham, de fato, uma atuação definida no serviço de saúde (SANTOS *et al.*, 2008). O enfermeiro da rede básica tem importância primordial nas estratégias de controle do diabetes, quer na definição de diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente diabético para aderir ao tratamento (BRASIL, 2006a).

Associada a essa discussão da SAE, a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS) enfatiza que, entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos profissionais da atenção básica para o controle do diabetes estão: o diagnóstico de casos, o cadastramento de portadores, o tratamento e as ações educativas. A respeito disso, em muitas situações, os atendimentos ocorrem de modo não sistemático ou nos serviços de emergência, identificando-se dificuldades da rede de agir baseada em critérios de risco, uma vez que as equipes não estão preparadas para atuar programaticamente. Consequentemente vem o atendimento à demanda espontânea, em contraposição à alternativa do trabalho programático e da oferta organizada, o que configura a ausência de planejamento para uma base populacional e despreparo no monitoramento e na avaliação da efetividade das ações desenvolvidas (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006).

De acordo com esse cenário, para se operacionalizar a SAE, devem-se avaliar

criticamente a pertinência e a relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades de saúde dos diabéticos. Todo esse processo fomentará melhoria da qualidade da assistência e, respectivamente, o vínculo dos usuários ao serviço de saúde, efetivado a partir das etapas da consulta de enfermagem, fundamentada em modelos conceituais.

2.4 A CONSULTA DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO

Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004), descrevem o processo de enfermagem como um instrumento metodológico que a Enfermagem utiliza tanto para aprimorar o cuidado, como para organizar condições para que o cuidado seja prestado de maneira a entender, identificar, descrever e explicar como o cliente responde aos problemas de saúde.

Para Orem (1991), o processo de enfermagem é um termo usado pelas enfermeiras ao referirem-se às operações profissionais e tecnológicas da prática da enfermagem, e ao planejamento e às operações de avaliação associadas. O processo é uma ação regular e contínua ou uma sucessão de ações que ocorrem ou são realizadas de maneira definida. Dessa maneira, discute o processo de enfermagem em três passos que ela denomina de operações do processo tecnológico da prática de enfermagem, descritos como:

a) Diagnóstico de enfermagem e prescrição, isto é, determinação de como a enfermagem é necessária; análise e interpretação (fazer julgamentos relativos ao atendimento, também denominados de operações de gerência de caso).

b) Esboço de um sistema de enfermagem e de um plano para o fornecimento de atendimento.

c) Produção e controle dos sistemas de enfermagem, também denominado planejamento e controle.

A regulamentação da consulta de enfermagem no âmbito nacional é estabelecida pela Lei Nº 7.498/86 e pelo Decreto Nº 94.406/87, que, em seu artigo 11º, legitima e a determina como uma modalidade de prestação de assistência direta ao cliente que é atividade privativa do enfermeiro. A Resolução COFEN-159/93 no seu artigo 1º, torna a consulta de enfermagem obrigatória no desenvolvimento da assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada (DUARTE; AYRES; SIMONETTE, 2009).

De acordo com os autores supracitados, a consulta de enfermagem é um momento de encontro entre o indivíduo e o profissional da saúde e, dependendo da escuta realizada, ela

poderá reconhecer uma série de condições que fazem parte da vida das pessoas e constituem-se nos determinantes dos perfis de saúde e doença. Compõem-se nas etapas do histórico de enfermagem (momento esse dedicado à entrevista e ao exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e implementação da assistência e evolução de enfermagem. Dessa forma, ela tem por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para a proposição da prescrição e implementação da assistência de enfermagem.

Portanto, cabe ressaltar que a consulta de enfermagem é uma atividade primordial na assistência, pois estabelece uma interação terapêutica do indivíduo e o profissional da saúde, o que possibilita o reconhecimento das condições de vida que determinarão os perfis de saúde e doença, além de direcionar a prática profissional para a independência, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos. A agregação de elementos da história de vida de cada pessoa, do contexto social e cultural poderá propiciar a identificação de fatores de risco e de proteção. Desta forma, as ações propostas não se restringirão à terapêutica medicamentosa, mas com a valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial.

Santos *et al.* (2008), ressaltam que de acordo com a Portaria Nº 1.625 de 10 de julho de 2007, são atribuições específicas do enfermeiro das equipes de saúde da família: realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

Assim, a realização dessas ações pelo enfermeiro deve estar inserida no contexto da consulta de enfermagem, sendo inadmissíveis como condutas isoladas, devendo estas ações ser respaldadas em protocolos assistenciais aprovados pelas instituições de saúde, em consonância com os programas de saúde pública e normatizações das Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Ministério da Saúde.

Nessa perspectiva, a consulta de enfermagem ao usuário diabético não deve se limitar à rotineira verificação de glicemia capilar e entrega de medicamento, ao contrário, deve primar por uma assistência de qualidade, que proporcione atividades sistematizadas, baseadas nas suas reais necessidades, uma vez que, através dela, pode-se ter um importante instrumento no controle de agravos crônico-degenerativos. Uma vez estabelecida a relação de confiança entre enfermeira e usuário diabético, a identificação de suas limitações possibilitará a busca de um plano de cuidado que será construído mutuamente.

2.5 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTOCUIDADO

Os conceitos metaparadigmáticos identificam os fenômenos de interesse para uma disciplina e as proposições que estabelecem as relações entre estes fenômenos, sendo estes os componentes mais abstratos na hierarquia estrutural do conhecimento contemporâneo da Enfermagem (FAWCETT, 2005). Em seus estudos, Fawcett organiza a hierarquia estrutural do conhecimento de Enfermagem de acordo com a Figura 3.

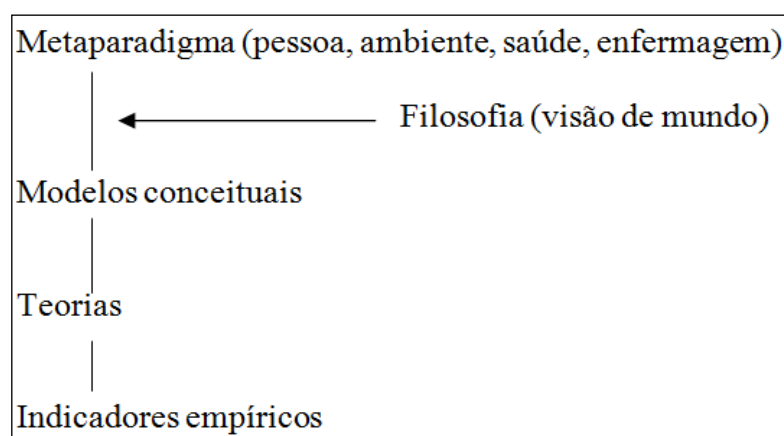


Figura 3- Hierarquia estrutural do conhecimento
FONTE: Fawcett, 2005.

Neste estudo, elucidaremos apenas o entendimento do metaparadigma, uma vez que as outras estruturas já estão abordadas no corpo do trabalho. Os fenômenos de interesse para a Enfermagem são representados por quatro conceitos centrais: enfermagem, pessoa, ambiente e saúde.

Orem (1991) discute em seu trabalho cada um dos principais conceitos paradigmáticos: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, em sua abordagem teórica, cujo foco envolve o autocuidado.

Pessoa (ou ser humano) é um ser psico-físico-social com poder racional que tem habilidades de cuidar de si mesmo e dos outros. Como um ser racional o indivíduo representa e formula proposições sobre ações, interesses próprios, dos outros e do meio.

Orem (1991) definiu **saúde** com base em cuidados preventivos. Esse cuidado inclui a promoção e a manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento da doença ou da lesão (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária). Ela constata que “os aspectos físico, psicológico, interpessoal e social são inseparáveis no indivíduo”.

Sobre a **enfermagem**, Orem (1991) fala de vários fatores relacionados com o conceito

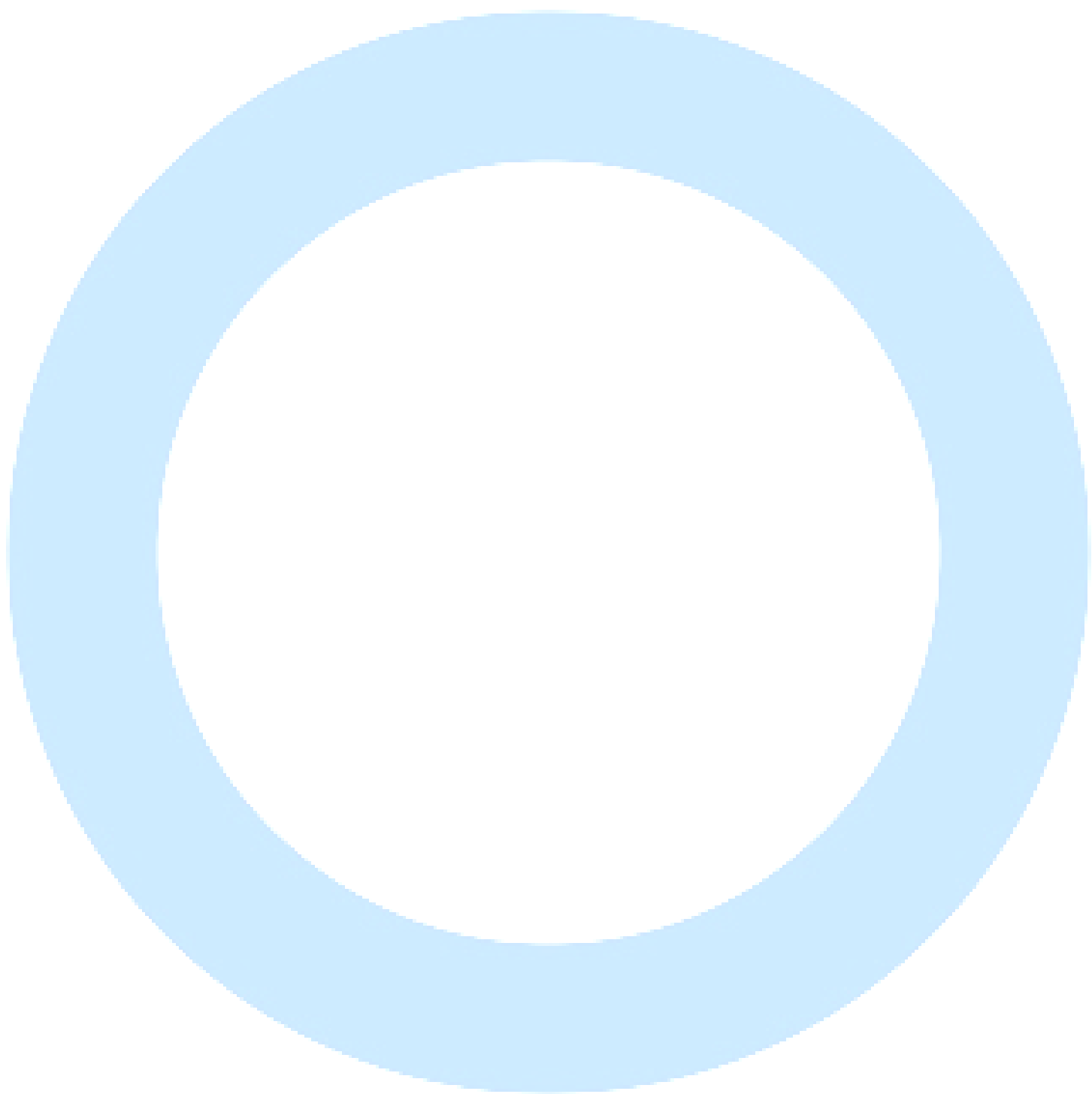
de enfermagem; estes são a arte e a prudência de enfermagem, a enfermagem como ação, o papel da teoria relacionada com a enfermagem e as tecnologias na enfermagem. A arte da enfermagem é “a qualidade das enfermeiras que permite que elas façam investigações criativas, análises e sínteses das variáveis e dos fatores condicionantes, nas situações de enfermagem, para trabalhar em direção à meta de produção de sistemas de assistência de enfermagem eficientes para o indivíduo e para as unidades multipessoais”. Afirma, ainda, que essas decisões exigem uma base teórica na disciplina de enfermagem e nas ciências, artes e humanidade.

Orem (1991) ainda define a enfermagem como uma ação humana diferenciada das outras ações, por seu enfoque sobre as pessoas incapacitadas, visando manter a provisão contínua de cuidados de saúde.

No conceito de **sociedade (ambiente)**, Orem (1991) destaca que na sociedade moderna, espera-se que os adultos sejam responsáveis por eles mesmos e pelo bem estar de seus dependentes. Assim, tanto a autoajuda quanto a ajuda de outros são valorizadas pela sociedade como atividades desejáveis. O ambiente é entendido como o local que influencia o indivíduo na interação deste com suas relações culturais, históricas e sociais.

Dessa maneira, Lacerda, Zagonel e Martins (2006), afirmam que uma das formas de atingir como pessoa a condição ideal para realizar o cuidado é estar disposto a compreender o outro, suas necessidades, despindo-se de todo e qualquer juízo pessoal e também a ouvir com sabedoria, lançar mão da reciprocidade, não se apropriar do poder sobre o outro, facilitar as tomadas de decisões, reconhecer e incentivar o indivíduo a assumir seu próprio cuidado.

Tomando como base a afirmativa dos autores supracitados, reconhecemos que a teoria do autocuidado proposta por Orem, facilitará a elaboração do instrumento que será utilizado na consulta de enfermagem, uma vez que atenderá as reais necessidades do usuário diabético atendido no programa saúde da família.



PERCURSO METODOLÓGICO E RESULTADOS

3. PERCURSO METODOLÓGICO E RESULTADOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, com abordagem quantitativa e qualitativa, que na visão de Polit e Beck (2011) envolve investigações dos métodos de obtenção, organização e condução de pesquisas rigorosas, discorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, sendo focada no desenvolvimento de novos instrumentos que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser aplicável por outros pesquisadores.

Esta pesquisa se desenvolveu após apreciação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFPB, através da Plataforma Brasil, em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que fundamenta as pesquisas envolvendo os seres humanos e na Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007), recebendo o parecer favorável segundo o CAAE 01606612.0.0000.5188 (ANEXO A).

Para a construção do instrumento de consulta de enfermagem, foram consideradas três etapas: a) Levantamento dos indicadores empíricos, realizada mediante a leitura minuciosa de bibliografia atualizada em artigos, livros, cadernos do Ministério da Saúde e dissertações; b) Validação dos indicadores empíricos pelas enfermeiras das equipes de saúde da família para estruturação da primeira versão do instrumento de coleta de dados; c) validação de forma de apresentação e de conteúdo do instrumento de coleta de dados pelas enfermeiras que participaram da segunda etapa da pesquisa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família dos distritos Sanitário IV e V, no município de João Pessoa. Atualmente, o distrito Sanitário IV conta com 24 equipes de saúde e o distrito V com 18 equipes, totalizando 42 equipes da saúde da família.

O município de João Pessoa apresenta uma população de 723.515 habitantes (IBGE, 2010) e uma cobertura crescente do programa saúde da família, correspondendo a 88,3% da população residente, e dispõe de 180 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 125 unidades de saúde, em cinco Distritos Sanitários; ainda compõem a rede da atenção básica, cinco unidades que funcionam como referência para a população descoberta das equipes de

saúde da família, assegurando o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde.

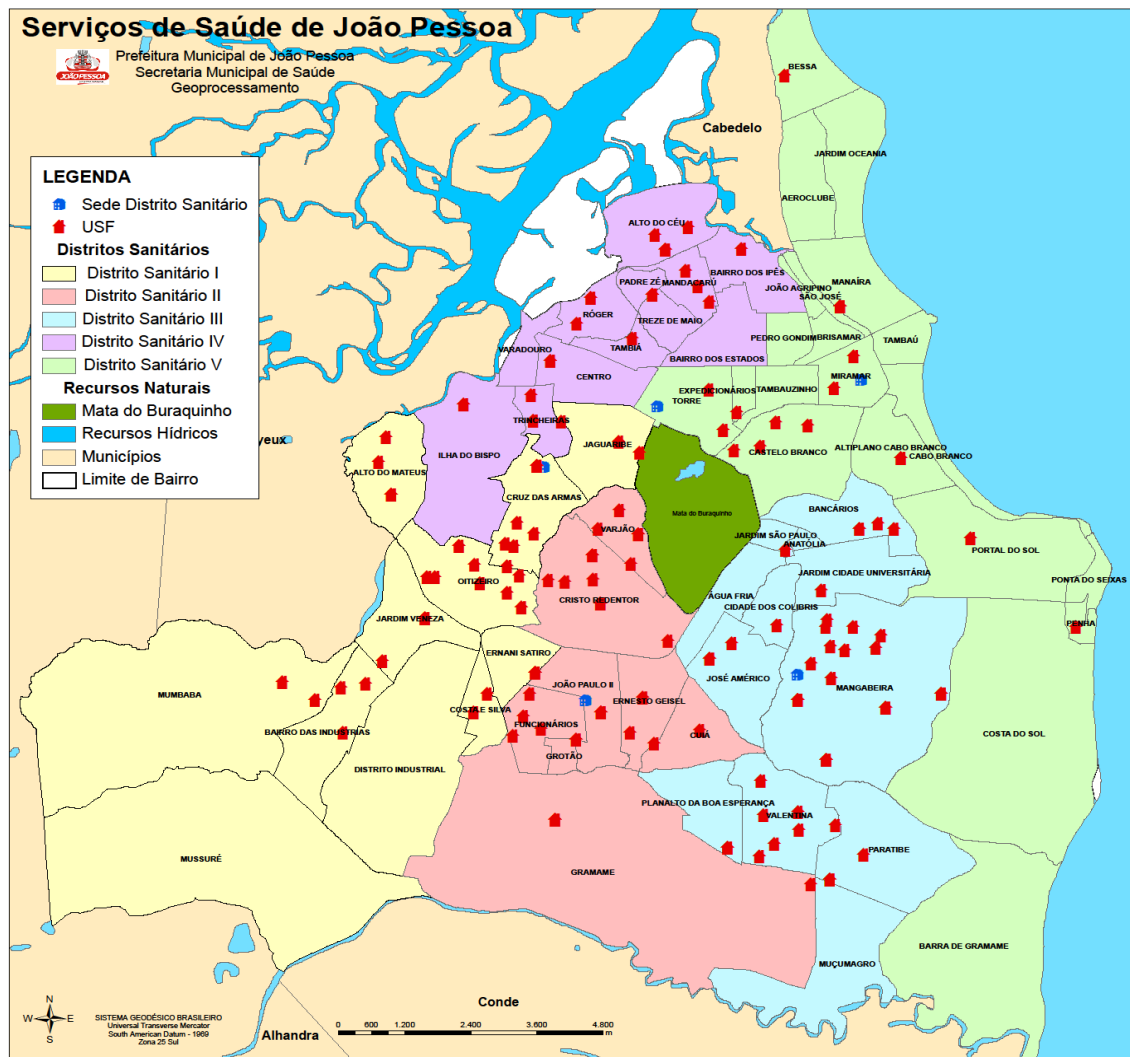


Figura 4 - Mapa de distribuição geográfica das unidades de saúde por distrito sanitário.
FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2013.

Cada unidade de saúde é composta por uma equipe multiprofissional constituída por, no mínimo, um médico generalista, uma enfermeira, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem, um recepcionista, um auxiliar de limpeza e agentes comunitários de saúde que variam em número de 6 a 12, dependendo do tamanho do território que a equipe assiste. Cada equipe realiza um cronograma de atendimento, priorizando o atendimento aos usuários diabéticos em, no mínimo, um turno por semana.

Dentre as ações preventivas de saúde desenvolvidas com os usuários diabéticos, destacamos as palestras, oficinas, orientações, visitas domiciliares e vacinação. O atendimento do usuário diabético é realizado pela equipe multiprofissional, sendo o usuário,

inicialmente, captado pelo agente comunitário de saúde a partir da visita domiciliar ou através de sinais e sintomas relatados durante os atendimentos de enfermagem, onde são solicitados exames de glicemia plasmática de jejum, que em caso de resultado alterado será repetido para a confirmação diagnóstica. Após resultado de exame que indique alteração glicêmica, o usuário passará pelas consultas médica e de enfermagem para iniciar o tratamento e o acompanhamento.

No momento da consulta médica realiza-se a avaliação e solicitação dos exames complementares e o mesmo receberá orientações; o usuário será encaminhado para a nutricionista, onde receberá orientações nutricionais adequadas; serão feitos os agendamentos para consulta com o dentista. Durante a consulta de enfermagem será cadastrado no HIPERDIA e receberá as orientações sobre dieta, prática de atividade física, autocuidado e tomada da medicação, caso tenha sido prescrito pelo médico. Os dados serão registrados em formulário, pois não se dispõe de instrumento padronizado para o processo de enfermagem. A enfermeira orientará a presença de algum parente ou cuidador nas consultas subsequentes para que também receba orientações.

3.2.1 Inserção no local do estudo

Visando a aproximação da pesquisadora com os enfermeiros das equipes de saúde da família, foi realizada uma reunião com a Diretoria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGETS), localizada na sede da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

A DGETS tem como objetivo apoiar o desenvolvimento do projeto político da Secretaria Municipal de Saúde, alicerçado na produção do cuidado integral em saúde, focado na democratização da gestão, com formação de colegiados gestores, no trabalho em equipe, na reorganização da atenção, na educação permanente, na instituição de linhas de cuidado, construindo redes mais flexíveis, espaços de gestão participativa, coletivos e produtores de cuidado nas unidades de trabalho, através da comunicação horizontal, com ênfase na satisfação dos usuários (JOÃO PESSOA, 2011).

Conforme permissão da referida diretoria, a pesquisadora foi encaminhada para uma reunião com os apoiadores dos distritos sanitários IV e V, onde foi proposta que, antes de desenvolver a pesquisa, fosse agendada uma reunião com as enfermeiras das equipes de saúde para que o projeto fosse apresentado. Diante da impossibilidade da saída de trinta e uma enfermeiras no mesmo período das unidades de saúde, o que comprometeria o processo de trabalho das equipes, as reuniões aconteceram individualmente com cada enfermeira em data

previamente agendada durante os meses de setembro e outubro de 2012 nas unidades de saúde, onde foram apresentadas as propostas desse estudo, com o objetivo de despertar nas mesmas o interesse no desenvolvimento de instrumentos para a documentação do processo de enfermagem.

Nos momentos desses encontros, foram discutidas questões como dificuldade de criação de um plano de cuidados para a clientela atendida, uma vez que nas unidades de saúde não existem instrumentos de coleta de dados para os usuários diabéticos, sendo os dados, muitas vezes, registrados em cadernos de atendimento, sem que haja um roteiro para a padronização da consulta de enfermagem, o que dificulta o processo de trabalho desses profissionais, bem como a realização das etapas seguintes da consulta. Ainda foi colocada por algumas enfermeiras a questão da operacionalização dos instrumentos, pois, de acordo com elas, quanto maior o conteúdo, menos aplicável se torna o instrumento, uma vez que há uma sobrecarga de atendimentos de enfermagem, o que dificulta o preenchimento dos mesmos.

3.3 ETAPAS DO ESTUDO

Visando a atender aos objetivos, a pesquisa foi desenvolvida em três etapas, demonstradas esquematicamente na Figura 5.

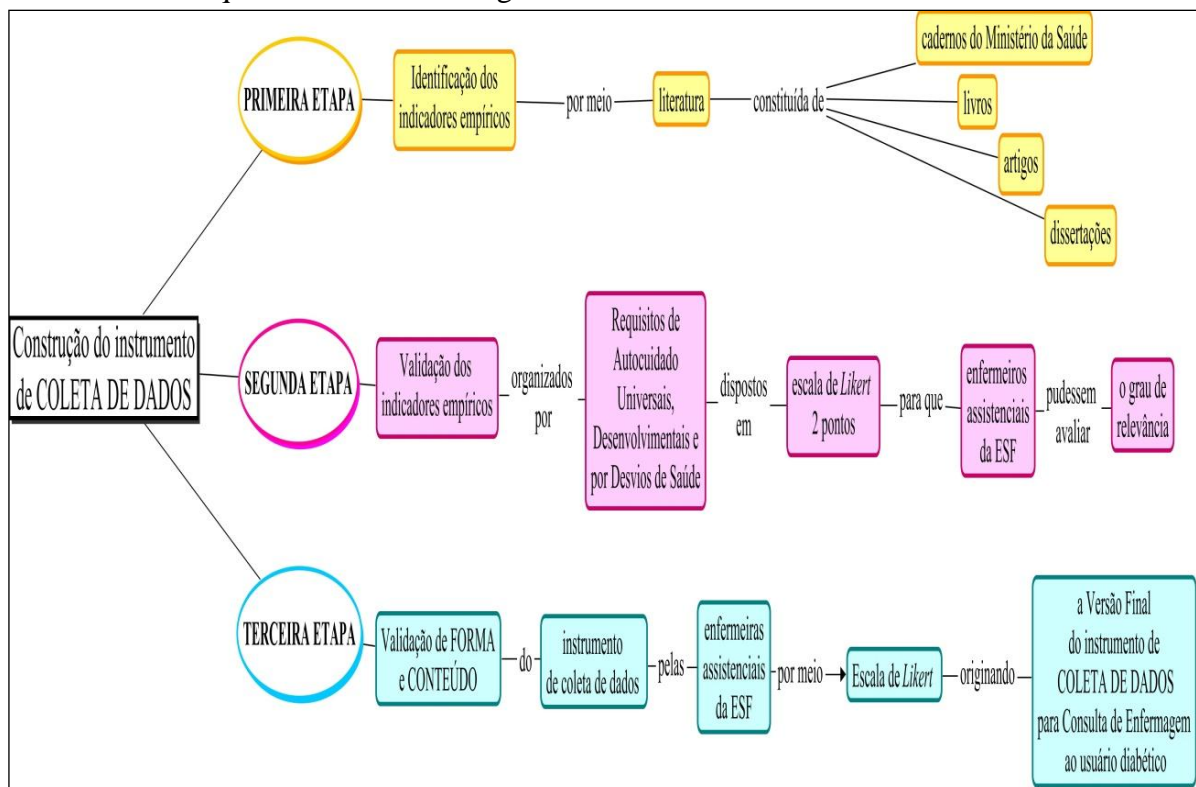


Figura 5 – Fluxograma do percurso metodológico da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013.
FONTE: Pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

3.3.1 Primeira etapa: identificação dos indicadores empíricos para a construção do instrumento

As fases da primeira etapa são demonstradas esquematicamente na Figura 6.

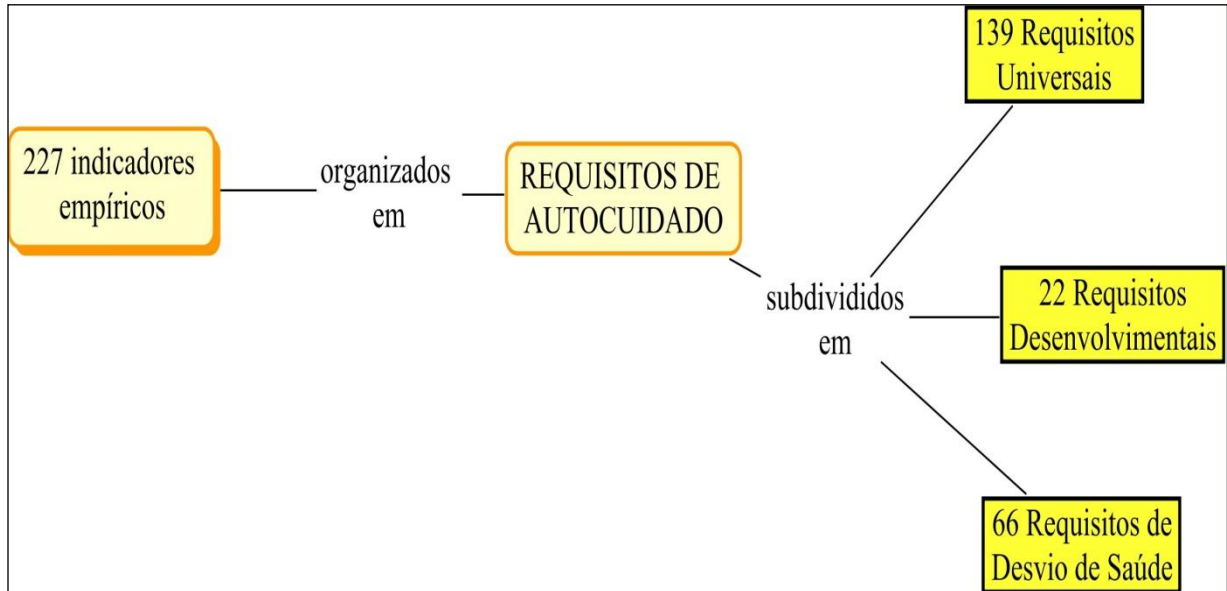


Figura 6 – Fluxograma com as fases da primeira etapa da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013.
FONTE: Pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Fawcet (2005) define indicadores empíricos como elementos mais específicos e concretos da hierarquia do conhecimento de Enfermagem.

Neste estudo, os indicadores empíricos foram identificados a partir da leitura de livros, artigos, dissertações e dos cadernos do Ministério da Saúde referente à área. Desta forma, foram identificados 227 indicadores empíricos, relacionados ao usuário diabético, sendo 139 relacionados aos requisitos de autocuidado universais, 22 relacionados aos requisitos de autocuidado de desenvolvimento e 66 relacionados aos requisitos de autocuidado por desvios de saúde, os quais são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Relação dos indicadores empíricos dos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e por desvio de saúde em diabéticos encontrados na literatura pertinente. João Pessoa – PB, 2013.

Requisitos de autocuidado	Indicadores Empíricos
Requisitos universais	
<p>Condição de moradia (n = 8)</p>	<p>Água tratada; possui energia elétrica; coleta de lixo; condições de higiene do lar; destino do lixo; presença de animais domésticos; Quantas pessoas vivem na casa; casa própria.</p>
<p>Padrões respiratórios (n = 14)</p>	<p>Apneia; bradipneia; cianose; dispneia; dor torácica; eupneia; ortopneia; Respiração: superficial ou profunda; taquipneia; hálito cetônico; tontura; indisposição; cansaço.</p>
<p>Avaliação da pele (n = 33)</p>	<p>Áreas que sofrem pressão, cicatrização das feridas, classificação da úlcera por pressão; complicações da cicatrização: hemorragia, abscesso, pústula; equimose; característica do exsudato: quantidade, cor, odor; hematomas; hidratação e turgor da pele; aumento da temperatura; icterícia; Polimorfismo das lesões: mácula, pápula, vesícula, pústula, crosta; edema; elasticidade diminuída; exames laboratoriais alterados; febre; prurido; Sensibilidade das lesões: térmica, dolorosa, tátil; pele ressecada; hipertermia; hipotermia; turgor diminuído; pele fria; pele quente; sudorese; artralgia; aumento da sensibilidade à dor; decréscimo da sensibilidade à dor; Dor: localização, intensidade e frequência; expressões faciais relacionadas à dor; fatores que aliviam; mialgia; pulsos periféricos palpáveis.</p>
<p>Alimentação (n = 20)</p>	<p>Altura; anorexia; apetite: diminuído, aumentado; circunferência abdominal; dentaduras; diarreia; dificuldade de sucção; disfagia; dispepsia; distensão abdominal; dor abdominal; falhas dentárias; hábitos alimentares; intolerâncias alimentares; lesão na cavidade oral; náuseas; peso; pirose; preferências alimentares; vômito.</p>
<p>Atividade e repouso (n = 8)</p>	<p>Fadiga; sonolência; insônia; cansaço; sono satisfatório ou prejudicado; utilização de medicamentos auxiliares do sono; utilização de medicamentos inibidores do sono; mudanças no ambiente que interferem o sono: luminosidade, barulho, tamanho da cama, costumes.</p>
<p>Eliminação (n = 19)</p>	<p>Anúria; aspectos das fezes: coloração, consistência, frequência de eliminação, odor, volume; colúria; constipação; diarreia; distensão abdominal; disúria, flatulência; hematúria; incontinência fecal; incontinência urinária; melena; micção espontânea; nictúria; oligúria;</p>

Requisitos de autocuidado	Indicadores Empíricos
	polaciúria; poliúria; retenção urinária; vômito.
Estado neurológico (n = 8)	Agressividade; ausência; depressão; respostas desconexas; tranquilidade; tristeza; uso da linguagem não verbal; uso da linguagem verbal.
Interação social (n = 27)	Isolamento social; vive: sozinho, familiares, amigos; participação de atividades na comunidade; quem mais auxilia no seu tratamento; angústia; ansiedade; apatia; agitação; agressividade; choro; fobias; frustração; inconstância no equilíbrio do humor; irritabilidade; manifestações de carência afetiva; medo; solidão; interação com as pessoas; expressão corporal; expressão facial; desejo de participar de atividades; prefere ficar sozinho; apresenta depressão; apresenta desejo de morte; apresenta tristeza; falta de autoconfiança; tem medo de expor idéias.
Prevenção de saúde (n = 2)	Etilismo: quantos mililitros ao dia; utilização de fumo: quantos ao dia, desde quando consome.
Requisitos de desenvolvimento	
Requisitos desenvolvimentais (n = 22)	Alteração da libido; anorgasmia; ejaculação precoce; impotência; presença de doenças sexualmente transmissíveis; problemas relacionados ao uso de álcool; relacionamento heterossexual; relacionamento homossexual; utilização de medicamentos indutores do apetite sexual; tipo de diabetes; tempo de diagnóstico; parentesco com pessoas diabéticas; conhecimento sobre o problema de saúde; conhecimento sobre o tratamento; experiências anteriores: doenças, tratamento; o que a família sabe sobre o problema de saúde; situações que interferem no tratamento; infertilidade; história de diabetes gestacional (mulheres); uso de anticoncepcional oral (mulheres); desejo de engravidar (mulheres); vida sexual ativa.
Requisitos de desvio de saúde	
Conhecimento sobre o diabetes e suas complicações (n = 31)	Taxa de açúcar elevada; excesso de açúcar no sangue; hereditário; sobrepeso; perda de peso; ganho de peso; familiar diabético; hiperglicemia; hipoglicemia; normoglicemia; poliúria; polifagia; polidipsia; nictúria; diabetes tipo 1; diabetes tipo 2; diabetes gestacional; diabetes MODY; outros tipos de diabetes; cegueira; retinopatia; nefropatia; neuropatia; pé diabético; dormência; formigamento; fisgadas; hemodiálise; insuficiência renal; hipertensão; genético.
Conhecimento de conduta terapêutica e assistencial	Reações alérgicas; efeitos colaterais; efeitos adversos; restrições financeiras; automedicação;

Requisitos de autocuidado	Indicadores Empíricos
(n = 20)	medicamentos que são mais utilizados; utilização de medicamentos sem prescrição médica; insulinas; insulina NPH; insulina regular; outros tipos de insulina; análogo de insulina; metformina; glibenclamida; outro medicamento para diabetes; hipoglicemiante oral; medicamento natural; hemoglobina glicosilada; glicemia capilar; glicemia pré-prandial; glicemia pós-prandial.
Condição do estado de saúde (n = 15)	Consulta endócrina; consulta nutricional; consulta oftalmológica; consulta de enfermagem; auto-exame dos pés; automonitorização glicêmica; consulta nefrológica; feridas nos pés; consulta podiatra; cicatrização lenta; automedicação; consulta odontológica; exame de fundo de olho; vacinação; exames laboratoriais de rotina.

FONTE: Pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

3.3.2 Segunda etapa: validação dos indicadores empíricos para a construção do instrumento

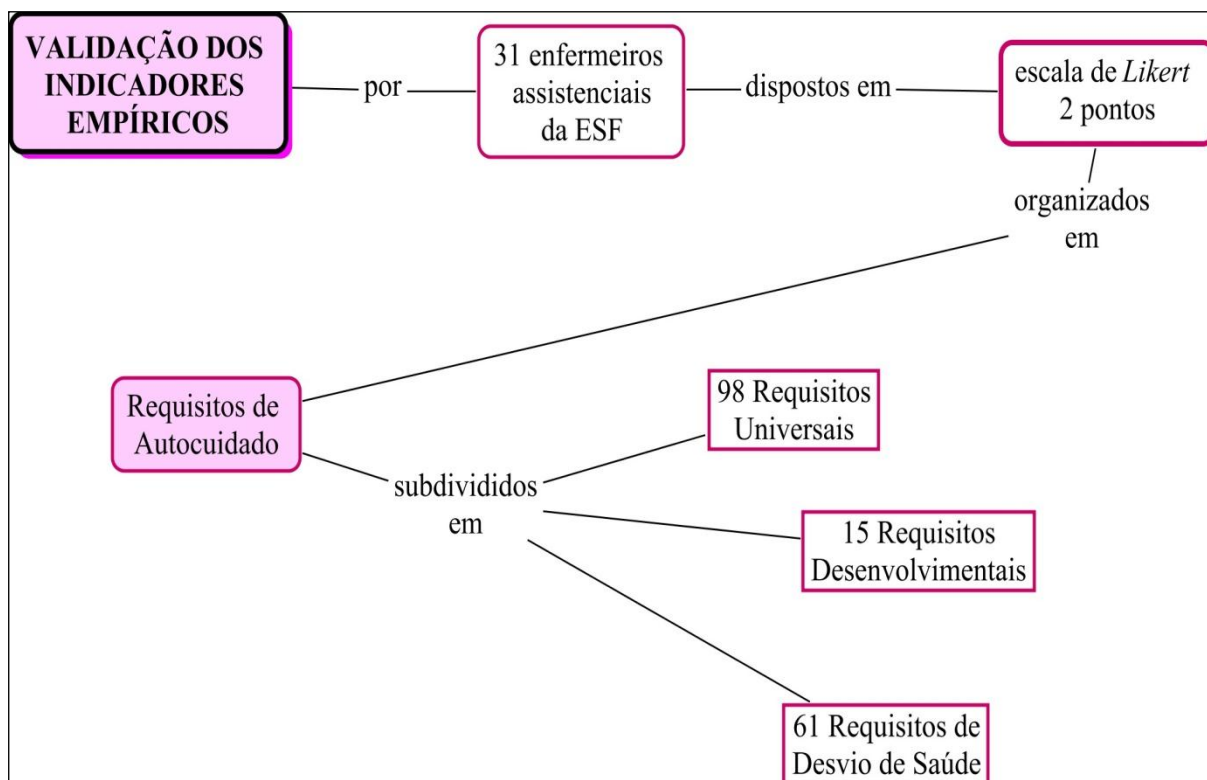


Figura 7 – Fluxograma com as fases da segunda etapa. João Pessoa – PB, 2013.

FONTE: Pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Em respeito aos princípios éticos, os enfermeiros assistenciais foram convidados a participar da pesquisa, sendo garantido o sigilo que assegura a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, bem como em devolver-lhes os resultados, de maneira a transformar os dados em um instrumento utilizável na assistência de enfermagem durante a coleta de dados. Assim, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) pelos participantes, ressaltando que, se durante o desenvolvimento, por algum motivo, houver impossibilidade de continuar participando, seria garantida a todos a possibilidade de sair a qualquer momento.

Com a finalidade de elucidar a aplicação da Teoria do Autocuidado, nos momentos de reunião individual com cada enfermeira que compôs a amostra, era realizada avaliação prévia do conhecimento que as mesmas tinham sobre a referida teoria, sendo realizado um esclarecimento a respeito da relação da teoria com a construção do instrumento de coleta de dados.

Procedeu-se, ainda, uma discussão contextualizando a Teoria Geral do Autocuidado de Orem, desde a sua origem a partir da necessidade do desenvolvimento de um projeto para desenvolver um currículo para o programa prático de enfermagem que a levou a indagar: “Qual a condição existente numa pessoa, quando estas ou outras determinam que aquela deva submeter-se a cuidados de enfermagem?” Sua resposta incluiu a ideia de que o enfermeiro é um “outro eu”, expandindo para o conceito de enfermagem de “autocuidado”. Desta maneira, o enfermeiro passa a ser visto como um agente de autocuidado terapêutico, quando um usuário não pode suprir-se por si mesmo dos cuidados que necessita.

Foram realizados encontros individuais com cada enfermeira participante da pesquisa nas unidades de saúde, o que totalizou trinta e um encontros. Nesses momentos, enfatizou-se a teoria geral do autocuidado no tocante à sua aplicabilidade na prática da enfermagem, uma vez que é evidente nesta teoria a ênfase nas ações de autocuidado e o reconhecimento da habilidade pessoal de se autocuidar, o que leva ao uso mais eficiente dos serviços de assistência à saúde, ou seja, as pessoas podem ser orientadas a reconhecer e melhorar suas próprias habilidades de se autocuidar e só buscar os serviços de saúde nos momentos em que identificarem déficits de autocuidado, evitando dessa maneira o uso inapropriado dos serviços.

Após o levantamento dos indicadores empíricos, construiu-se o instrumento (APÊNDICE B), organizando esses indicadores de acordo com os requisitos de autocuidado, distribuídos de maneira a apresentar as definições dos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e por desvio de saúde mais frequentemente presentes nos usuários

diabéticos acompanhados pela estratégia saúde da família dispostos em uma escala tipo *Likert* de dois pontos.

Alguns indicadores empíricos estavam presentes em mais de um requisito, então foi explicado aos participantes da pesquisa à importância de se verificar a definição de cada indicador, de modo a estabelecer em que requisito ele guardava maior relação, para realizar a escolha de quais indicadores seriam contemplados em cada requisito.

Ainda, para facilitar e tornar compreensível as formas de preenchimento do instrumento foi anexado um roteiro, contendo orientações de preenchimento que continha duas partes (APÊNDICE C).

Logo após, foram distribuídos os instrumentos entre os enfermeiros assistenciais da estratégia saúde da família, a fim de que fossem confirmados os indicadores empíricos relevantes para a construção do instrumento de coleta de dados. Foi solicitado aos profissionais participantes da pesquisa que assinalassem o indicador como relevante ou irrelevante para constar no instrumento. Foi disponibilizado um espaço livre, designado para sugestões, com o intuito de possibilitar o direito a acréscimo de algum indicador ou comentário acerca dos mesmos, caso os membros participantes julgassem necessário. Foram entregues e devolvidos trinta e um instrumentos de validação, os quais constituíram a amostra participante nesta etapa da pesquisa como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos participantes da pesquisa. João Pessoa-PB, 2013.

Características demográficas	n	f (%)
SEXO		
Feminino	29	93,5
Masculino	02	6,5
IDADE		
20 – 30 anos	05	16,1
31 – 40 anos	10	32,3
41 – 50 anos	11	35,5
Mais de 51 anos	05	16,1
NÍVEL DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM		
Graduação	04	12,9
Especialização	27	87,1
ANOS DE EXPERIÊNCIA COMO ENFERMEIRO		
01 – 05 anos	06	19,3
06 – 10 anos	01	3,1
11 – 15 anos	06	19,3
16 – 20 anos	06	19,3
21 – 25 anos	08	26,0
Mais de 26 anos	04	13,0
ANOS DE EXPERIÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA		
1 – 5 anos	06	19,3
6 – 10 anos	10	32,3
11 – 15 anos	13	42,2
16 – 20 anos	01	3,1
21 – 25 anos	01	3,1
ESTADO CIVIL		
Solteiro	04	12,9
Casado	24	77,4
Divorciado	03	9,7
RECEBEU QUALIFICAÇÕES SOBRE DIABETES		
Sim	28	90,3
Não	03	9,7

FONTE: Pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

A Tabela 1 demonstra que a idade dos participantes variou de 20 a 51 anos ou mais. Quanto ao grau de escolaridade 87,1% era formado por especialistas, seguido de 12,9% de graduados. Os anos de experiência como enfermeiro variou de 1 a 5 (19,3%), 6 a 10 (3,1%), 11 a 15 (19,3%) 16 a 20 (19,3%), 21 a 25 (26%) e mais de 26 (13%). Com relação aos anos de experiência como enfermeiros na estratégia saúde da família 6 (19,3%) atuam de 1 a 5 anos, 1 (3,1%) há um ano, 13 (42,5%) entre 11 e 15 anos e dois (6,2%) há mais de 16 anos. De acordo com o estado civil 24 (77,4%) são casados, 4 (12,9%) solteiros e 3 (9,7%) divorciados. No que se refere à participação em qualificações sobre diabetes, 28 (90,3%) afirmaram que recebem, seguido de 3 (9,7%) que afirmaram nunca ter recebido.

Os instrumentos preenchidos foram conferidos quanto ao completo preenchimento, e foram classificados por ordem de recebimento para inclusão e construção do banco de dados no *Excel for Windows 2003*, onde os indicadores classificados como relevantes, receberam peso 1 e os não relevantes peso 0. Os indicadores foram analisados e os que possuíram índice de concordância igual ou maior que 0,80, foram listados para serem incluídos na primeira versão do instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem ao usuário diabético na estratégia saúde da família, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Relação dos indicadores empíricos identificados na literatura que alcançaram frequência > 80% segundo as enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família. João Pessoa – PB, 2013.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	
Indicadores empíricos dos requisitos universais	
A. Condição de moradia	Frequência (%)
Água tratada	93,54
Coleta de lixo	93,54
Condições de higiene do lar	93,54
Destino do lixo	90,32
B. Padrões Respiratórios	Frequência (%)
Apneia	87,09
Bradipneia	87,09
Cianose	96,77
Dispneia	93,54
Dor torácica	87,09
Respiração superficial ou profunda	96,77
Taquipneia	96,77
Halitose	93,54
Tontura	100
Indisposição	90,32
Cansaço	93,54
Murmúrios vesiculares: presentes, ausentes ou diminuídos	90,32
C. Avaliação da pele	Frequência (%)
Áreas que sofrem pressão	96,77
Cicatrização das feridas	96,77
Classificação da úlcera por pressão	90,32
Complicações da cicatrização: hemorragia, evisceração, fístula	100
Equimose	90,32
Características do exsudato: quantidade, cor, odor	87,09
Hematomas	90,32
Hidratação e turgor da pele	90,32
Icterícia	80,64

Polimorfismo das lesões: mácula, pápula, pústula, crosta	90,32
Edema	96,77
Elasticidade diminuída	80,64
Exames laboratoriais alterados	96,77
Febre	93,54
Prurido	80,64
Sensibilidade das lesões: térmica, dolorosa e tátila	96,77
Pele ressecada	83,87
Hipertermia	90,32
Hipotermia	90,32
Turgor diminuído	80,64
Pele quente	80,64
Sudorese	96,77
Decréscimo na sensibilidade à dor	80,64
Dor: localização, intensidade e frequência	87,09
Pulsos periféricos palpáveis	90,32
D. Alimentação	Frequência (%)
Anorexia	93,54
Apetite: diminuído, aumentado	96,77
Circunferência abdominal	90,32
Disfagia	96,77
Dispepsia	93,54
Distensão abdominal	83,87
Dor abdominal	93,54
Hábitos alimentares	100
Intolerâncias alimentares	90,32
Lesão na cavidade oral	87,09
Peso	100
Preferências alimentares	90,32
E. Eliminação	Frequência (%)
Anúria	93,54
Aspectos das fezes: coloração, consistência, frequência de eliminação, odor, volume	83,87
Colúria	80,64
Constipação	80,64
Distensão abdominal	83,87
Disúria	90,32
Hematúria	93,54
Incontinência fecal	83,87
Incontinência urinária	87,09
Nictúria	87,09
Oligúria	90,32
Polaciúria	96,77
Poliúria	96,77
Retenção urinária	90,32
F. Atividade e repouso	Frequência (%)

Cansaço	100
Fadiga	100
Insônia	100
Sono satisfatório ou prejudicado	83,87
Sonolência	87,09
Utilização de medicamentos auxiliares do sono	90,32
Utilização de medicamentos inibidores do sono	96,77
G. Estado neurológico	Frequência (%)
Agressividade	87,09
Ausência	83,87
Depressão	96,77
Respostas desconexas	93,54
Tristeza	83,87
H. Interação social	Frequência (%)
Agitação	87,09
Agressividade	83,87
Angústia	90,32
Ansiedade	93,54
Apatia	83,87
Choro	87,09
Irritabilidade	87,09
Isolamento social	93,54
Participação de atividades na comunidade	80,64
Quem mais auxilia no seu tratamento	90,32
Solidão	87,09
Vive: sozinho, familiares, amigos	93,54
Desejo de participar de atividades	80,64
Apresenta depressão	96,77
Apresenta desejo de morte	96,77
Apresenta tristeza	87,09
Falta de autoconfiança	83,87
I. Prevenção de saúde	Frequência (%)
Etilismo: quantos mililitros ao dia, desde quando consome	100
Utilização de fumo: quantos ao dia, desde quando consome	100
Indicadores empíricos dos requisitos de desenvolvimento	
Alteração na libido	83,87
Impotência	87,09
Presença de doenças sexualmente transmissíveis	83,87
Problemas relacionados ao uso de álcool	96,77
Tipo de diabetes	100
Tempo de diagnóstico	93,54
Parentesco com pessoas diabéticas	96,77
Conhecimento sobre o problema de saúde	100
Conhecimento sobre o tratamento	100
Experiências anteriores: doenças, tratamentos	93,54
O que a família sabe sobre o problema de saúde	96,77

Situações que interferem no tratamento	96,77
História de diabetes gestacional (mulheres)	100
Uso de anticoncepcional oral (mulheres)	93,54
Desejo de engravidar (mulheres)	87,09
Indicadores empíricos dos Requisitos de desvio de saúde	
A. Conhecimento sobre o diabetes e suas complicações	Frequência (%)
Taxa de açúcar elevada	96,77
Excesso de açúcar no sangue	87,09
Hereditário	93,54
Sobrepeso	93,54
Perda de peso	100
Ganho de peso	96,77
Familiar diabético	90,32
Hiperglicemia	96,77
Hipoglicemia	93,54
Normoglicemia	87,09
Poliúria	96,77
Polifagia	96,77
Polidipsia	96,77
Nictúria	93,54
Diabetes tipo 1	96,77
Diabetes tipo 2	96,77
Diabetes gestacional	100
Cegueira	96,77
Retinopatia	96,77
Nefropatia	96,77
Neuropatia	96,77
Pé diabético	96,77
Dormência	96,77
Formigamento	93,54
Fisgadas	90,32
Hemodiálise	93,54
Insuficiência renal	96,77
Hipertensão	100
Genético	83,87
B. Conhecimento de conduta terapêutica e assistencial	Frequência (%)
Efeitos adversos	96,77
Efeitos colaterais	93,54
Medicamentos que são mais utilizados	80,64
Reações alérgicas	93,54
Utilização de medicamentos sem prescrição médica	93,54
Insulinas	100
Insulina regular	100
Insulina NPH	100
Outros tipos de insulina	90,32
Metformina	100
Glibenclamida	100

Outro medicamento para diabetes	93,54
Hipoglicemiante oral	93,54
Teste de ponta de dedo	80,64
Glicemia capilar	96,77
Glicemia pré-prandial	96,77
Glicemia pós-prandial	100
C. Condição do estado de saúde	Frequência (%)
Consulta endócrina	100
Consulta nutricional	100
Consulta Oftalmológica	100
Consulta de enfermagem	96,77
Autoexame dos pés	96,77
Automonitorização glicêmica	96,77
Consulta nefrológica	96,77
Feridas nos pés	96,77
Consulta podiatra	90,32
Cicatrização lenta	93,54
Automedicação	93,54
Consulta odontológica	96,77
Exame de fundo de olho	96,77
Vacinação	90,32
Exames laboratoriais de rotina	100

FONTE: Pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Dos 227 indicadores empíricos identificados, permaneceram 174, sendo 98 referentes aos requisitos universais, 15 aos requisitos desenvolvimentais e 61 aos requisitos de desvio de saúde.

Dentre os indicadores empíricos considerados irrelevantes, obtendo índice de relevância menor que 0,80, 41 estão relacionados aos requisitos de autocuidado universais: energia elétrica; presença de animais domésticos; quantas pessoas vivem na casa; casa própria; eupneia; ortopneia; aumento da temperatura; pele fria; artralgia; aumento da sensibilidade à dor; expressões corporais relacionadas à dor; fatores que aliviam a dor; mialgia; altura; dentaduras; dificuldade de sucção, falhas dentárias; náuseas; pirose; vômitos; diarréia; flatulência; melena; micção espontânea; mudanças no ambiente que interferem o sono: luminosidade, barulho, tamanho da cama, costumes; tranquilidade; uso da linguagem não verbal; uso da linguagem verbal; expressão corporal; expressão facial; fobias; frustração; inconstância no equilíbrio do humor; irritabilidade; interação com as pessoas; manifestação de carência afetiva; medo; prefere ficar sozinho; tem medo de expor idéias. Foi também encontrado que 07 estão relacionados aos requisitos de desenvolvimento: anorgasmia; ejaculação precoce; relacionamento heterossexual; relacionamento homossexual; utilização de

medicamentos indutores de apetite sexual; infertilidade; vida sexual ativa. Dos requisitos de desvio de saúde, 05 foram considerados irrelevantes: diabetes MODY; outros tipos de diabetes; restrições financeiras; análogo de insulina; medicamento natural.

Depois do preenchimento do instrumento, os enfermeiros apontaram como principais dificuldades a visualização da importância de indicadores empíricos que configuram a realização do exame físico, pois a maioria dos enfermeiros referenciou não realizar exame físico, sendo assim, não tinha conhecimento de alguns indicadores ou não os compreendia como relevante na prática de enfermagem da estratégia saúde da família; colocaram ainda que o instrumento estava muito extenso, o que dificultaria a aplicação do mesmo na prática devido a grande sobrecarga de trabalho desses profissionais com os outros programas do ministério da saúde.

No item relacionado às sugestões e acréscimos, os participantes da primeira etapa da pesquisa sugeriram adicionar aos requisitos universais e por desvios de saúde os seguintes indicadores que não constavam na relação dos indicadores empíricos validados: condição financeira da família, higiene pessoal, IMC, dieta, uso de adoçante, prática de atividade física, tomada da medicação, rodízio dos locais de aplicação de insulina, presença de lipodistrofia, presença de feridas nos pés, calosidades, se reconhece os sinais de hipoglicemia e uso de sapatos adequados. Os acréscimos sugeridos foram acatados pelas pesquisadoras e passaram a compor os dados da versão preliminar do instrumento.

No tocante aos indicadores empíricos validados, observou-se que embora tenha sido discutido com os enfermeiros que haveria algumas repetições, para que os mesmos pudessem julgar em que necessidade deveria se enquadrar, ainda existiam alguns que estavam presentes em mais de uma necessidade ou expressões semelhantes na mesma necessidade, havendo, portanto repetições dos mesmos.

Considerando a extensão do instrumento de coleta de dados, e acreditando que este deverá conter dados essenciais que reflitam o cuidado de enfermagem, analisou-se cada um dos indicadores empíricos repetidos identificando em que necessidade mais se enquadrava, a partir da verificação dos conceitos com a utilização de dicionários que refletem a terminologia de enfermagem a exemplo de: Santos (2009), Silva e Viana (2009) e Guimarães (2008).

Tal processo foi conduzido pela pesquisadora do estudo, tendo em vista a impossibilidade de formar um grupo representativo e significativo de enfermeiros que desenvolvem atividades na estratégia saúde da família. Além disso, foi observado que o instrumento depois de pronto passará por um processo de teste, e desse modo, serão verificadas as dificuldades encontradas quanto à aplicação do mesmo, além de itens que

poderão ser acrescidos ou retirados. Os indicadores elencados representam conceitos exatamente iguais ou expressões de conceitos semelhantes, de acordo com os respectivos requisitos a que foram enquadrados.

A partir do agrupamento dos dados e das sugestões apresentadas pelos enfermeiros construiu-se a versão preliminar do instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem ao usuário diabético na estratégia saúde da família, conforme a Figura 8.

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO DIABÉTICO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS			
Nome: _____	_____	_____	Prontuário: _____
Idade: _____	Sexo: _____	Peso: _____ kg	Altura: _____
Estado civil: _____	Religião: _____	_____	Ocupação: _____
Escolaridade: _____	Renda familiar: _____	_____	_____
Com quem vive: _____	_____	_____	_____
De quem depende o sustento da família? _____	_____	_____	_____
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO			
Requisitos universais			
A. Condições de moradia			
1. Tipo de água: <input type="checkbox"/> encanada <input type="checkbox"/> poço <input type="checkbox"/> cacimba <input type="checkbox"/> outro _____			
2. Saneamento básico: <input type="checkbox"/> saneado <input type="checkbox"/> fossa <input type="checkbox"/> outro _____			
3. Condições do lixo: <input type="checkbox"/> coletado <input type="checkbox"/> enterrado <input type="checkbox"/> queimado <input type="checkbox"/> outro _____			
4. Higiene do lar: <input type="checkbox"/> casa própria <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada <input type="checkbox"/> outro _____			
B. Padrões respiratórios			
1. Respiração: superficial <input type="checkbox"/> profunda <input type="checkbox"/> 2. Murmúrios vesiculares: presentes <input type="checkbox"/> ausentes <input type="checkbox"/> diminuídos <input type="checkbox"/>			
2. Apresenta dificuldade respirar <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> tipo: apneia <input type="checkbox"/> bradipneia <input type="checkbox"/> dispneia <input type="checkbox"/> taquipneia <input type="checkbox"/> dor torácica <input type="checkbox"/> tontura <input type="checkbox"/> cianose			
4. Hálito cetônico: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
C. Avaliação da pele			
1. Presença de lesão: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não tipo _____ local _____ Lipodistrofia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
2. Características da lesão: <input type="checkbox"/> secreção <input type="checkbox"/> fibrina <input type="checkbox"/> tecido de granulação <input type="checkbox"/> outros _____			
3. Característica da secreção: quantidade _____ cor _____ odor _____			
4. Sensibilidade da lesão: térmica <input type="checkbox"/> dolorosa <input type="checkbox"/> tátil <input type="checkbox"/> Dor sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> localização _____ intensidade _____ frequência _____ Diminuição da dor em algum momento? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
5. Úlcera por pressão: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> local _____ Áreas que sofrem pressão _____			
Pulso periférico palpável? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Dificuldade de cicatrização: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
6. Temperatura: <input type="checkbox"/> hipotermia <input type="checkbox"/> hipertermia <input type="checkbox"/> febre <input type="checkbox"/> normotermia			
7. Elasticidade: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> aumentada			
8. Turgor: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> aumentada			
9. Hidratação: <input type="checkbox"/> pele ressecada <input type="checkbox"/> sudorese			
10. Integridade: <input type="checkbox"/> equimose <input type="checkbox"/> icterícia <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> prurido			
11. Higiene corporal: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada			
D. Alimentação			
1. Apetite: aumentado <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/>			
2. Quais os alimentos que costuma comer? _____			
3. Apresenta aumento de peso? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 4. Apresenta diminuição de peso? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não IMC _____			
5. O aumento ou perda de peso tem algum significado para você? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____			
6. Intolerância alimentar: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> tipo de alimento _____			
7. Apresenta: <input type="checkbox"/> anorexia <input type="checkbox"/> dor abdominal <input type="checkbox"/> dor epigástrica <input type="checkbox"/> dispepsia <input type="checkbox"/> disfagia <input type="checkbox"/> lesão na cavidade oral <input type="checkbox"/> outro _____ Circunferência abdominal: _____			

8. Segue a dieta prescrita para controle do diabetes? sim não Motivo _____
 9. Adoçante dietético: sim não Qual? _____

E. Eliminação

1. Incontinência ou retenção urinária: sim não qual? _____
 2. Apresenta: hematúria disúria anúria oligúria poliúria polaciúria colúria
 3. Quantas vezes levanta para urinar a noite? _____
 4. Eliminação das fezes: normal constipação Aspecto das fezes: coloração _____
 consistência _____ Odor _____ volume _____ frequência _____

F. Atividade e repouso

1. Realiza atividade física? sim não qual? _____ tempo? _____ Tipo de calçado: adequado
 inadequado Frequência? _____ Sente: disposição fadiga cansaço indisposição
 Outro _____
 2. Qualidade do sono: satisfatória prejudicado insônia sonolência 3. Uso de medicamento inibidor ou
 auxiliar do sono? sim não qual? _____

G. Estado neurológico

1. Estado de consciência: agressividade tristeza ausência depressão instabilidade
 2. Impressão do enfermeiro: atitudes condizentes com a resposta atitudes não condizentes com a resposta

H. Interação social

1. Participa de atividades na comunidade? sim não Gosta de participar das atividades? sim não
 2. O diabetes interfere ou interferiu na sua vida social? sim não Por quê? _____
 3. No dia a dia sente: agitação agressividade angústia ansiedade apatia vontade de chorar
 irritabilidade tristeza desejo de morte depressão falta de confiança solidão
 4. Arranjo familiar: vive sozinho vive com amigos vive com familiares Quem auxilia no seu
 tratamento? _____

I. Prevenção de saúde

1. Fumante: sim não Quantos cigarros ao dia? _____
 2. Ingera bebida alcoólica? sim não Quantidade? _____ Tempo? _____
 3. Problemas relacionados ao uso do álcool: sim não Quais? _____

Requisitos de desenvolvimento

1. Tipo de diabetes: tipo 1 tipo 2 gestacional outro _____
 2. Em que período recebeu o diagnóstico? infância adolescência adulto idoso
 3. Possui parentes com diabetes? sim não Tipo de diabetes? _____
 Grau de parentesco? _____
 4. Família sabe sobre seu problema de saúde? sim não Recebe alguma ajuda financeira da família para o
 tratamento? sim não
 5. Conhecimento sobre o tratamento do diabetes? sim não
 6. Possui experiência anterior em relação a outras doenças? sim não Tratamentos anteriores? sim não
 7. Alguma situação interfere no tratamento? sim não Qual? _____
 8. Desempenho sexual satisfatório? sim não Alteração na libido? sim não Impotência? sim não
 9. Problema de infertilidade? sim não **Para as mulheres:** História de DM Gestacional? sim não
 Uso de Anticoncepcional? sim não Deseja engravidar? sim não

Requisitos de desvio de saúde

A. Conhecimentos sobre o diabetes e suas complicações

1. Apresenta: poliúria polifagia polidipsia perda de peso ganho de peso nictúria sobrepeso
 2. Reconhece quando está com a glicemia alterada? sim não Já apresentou hipoglicemia ou hiperglicemia?
 sim não O que sentiu? _____
 3. Presença de complicações: retinopatia nefropatia neuropatia pé diabético físgadas nos pés
 dormência nos pés insuficiência renal hipertensão Faz hemodiálise? sim não

B. Conhecimento de conduta terapêutica e assistencial

1. Qual o tratamento atual prescrito? glibenclamida 5mg metformina 500mg metformina 850mg
 insulina NPH insulina regular insulina NPH + insulina regular outro tipo de insulina Qual? _____
 Seguimento da prescrição médica: adequada inadequada Motivo _____
 outro hipoglicemiante oral Qual? _____ Uso de medicamento sem prescrição sim não
 2. Efeito adverso ou colateral a hipoglicemiante oral: sim não Qual?

3. Alergia a algum tipo de insulina? sim não Rodízio dos locais de aplicação de insulina: sim não
 4. Realiza glicemia capilar? sim não Quem realiza? _____ Frequência? _____
 5. Sabe avaliar os resultados da glicemia? sim não
 6. Realiza glicemia pré e pós-prandiais? sim não Valor mais atual _____ Data _____
 7. Tem realizado hemoglobina glicosilada? sim não Resultado da última avaliação _____

C. Avaliação do estado de saúde

1. Consulta com endocrinologista? sim não Data da última consulta _____
 2. Consulta oftalmológica? sim não Data da última consulta _____ Realizou exame de fundo de olho? sim não Última data _____
 3. Consulta odontológica? sim não Data da última consulta _____
 4. Avaliação da função renal sim não Valores _____ Data da última avaliação _____
 5. Avaliação nutricional sim não data da última avaliação _____
 6. Consulta de enfermagem? sim não Data da última consulta _____
 7. Consulta com podiatra? sim não Data da última consulta _____ Formigamento ou dormência nos pés? sim não Realiza auto-exame dos pés? sim não
 8. Portador de Hipertensão? sim não Duração: _____ Medicamentos em uso: _____
 9. Apresenta níveis de colesterol elevados? sim não Valores _____ Data da última avaliação _____
 10. Vacinas em dia? sim não Atualizar vacinas _____

Observações:

Enfermeiro (a):
 COREN:

Figura 8 – Instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem ao usuário diabético no Programa Saúde da Família.

FONTE: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

3.3.3 Terceira etapa: validação de forma de apresentação e conteúdo do instrumento de coleta de dados

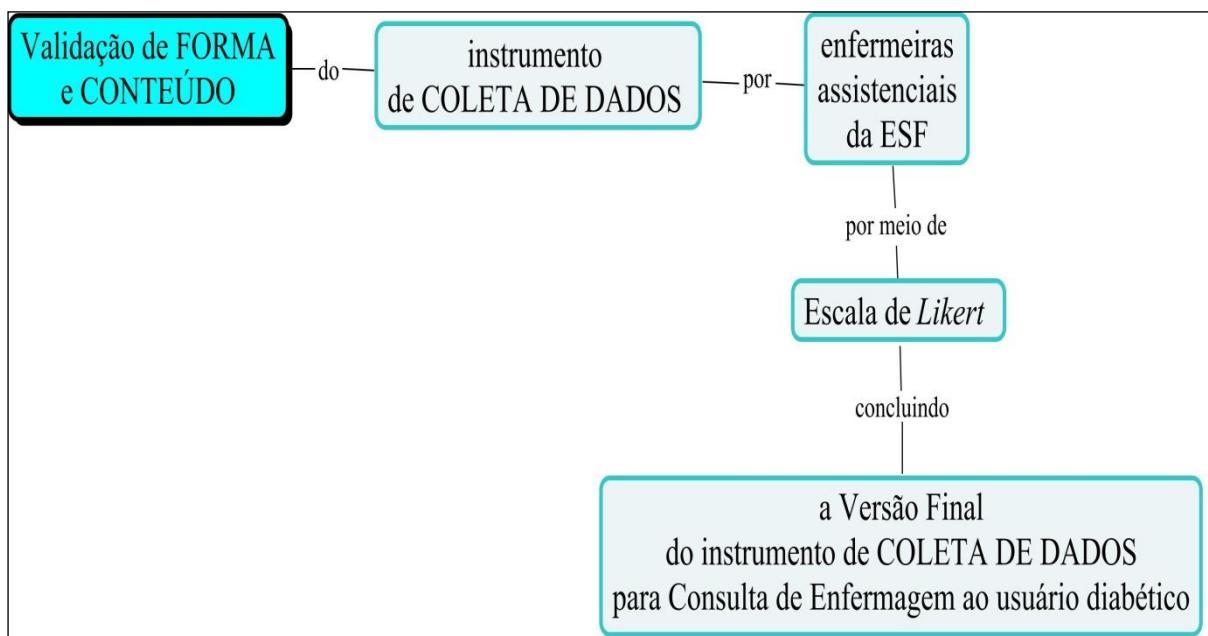


Figura 9 – Fluxograma com as fases da terceira etapa. João Pessoa – PB, 2013.

FONTE: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013

A qualidade de um instrumento depende de sua validação, e esta é entendida por sua capacidade de medir precisamente o fenômeno estudado (POLIT; BECK, 2011). Os principais tipos de validação são: a de conteúdo, a de constructo e a relacionada a um critério. A validação de conteúdo refere-se à análise minuciosa do conteúdo do instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se em uma amostra representativa do assunto que se deseja medir (POLIT; BECK, 2011).

O instrumento pode ser submetido a processo de validação como etapa de construção. A validação é realizada por juízes selecionados de acordo com a experiência profissional ou acadêmica na área de interesse. Neste processo é possível a sugestão de itens, alteração na distribuição dos indicadores, especificação de siglas em nota de rodapé, e sugestão de divisão do instrumento, contendo somente dados de maior interesse (LIMA *et al.*, 2006).

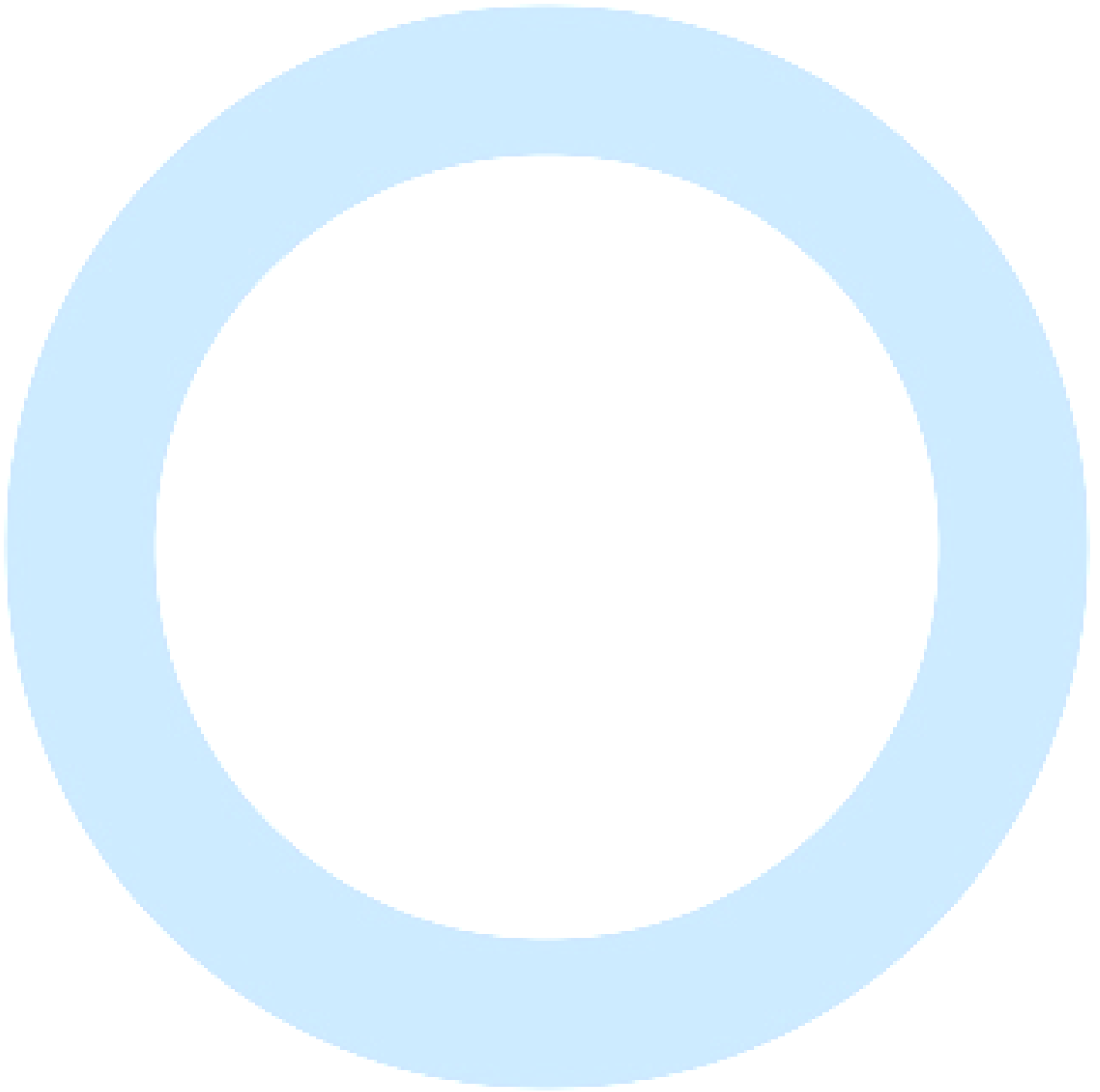
Após a elaboração da primeira versão do instrumento de coleta de dados em diabéticos acompanhados no programa saúde da família, realizamos a validação de forma e conteúdo, o qual correspondeu ao momento em que as enfermeiras que participaram da segunda etapa desse estudo foram convidadas a avaliarem o instrumento (APÊNDICE C), propondo sugestões quanto ao conteúdo e forma de apresentação.

Perroca (2011) descreve que a validação de conteúdo é um dos critérios essenciais para avaliação da qualidade de um instrumento, ou seja, a verificação da relevância dos itens propostos e sua representatividade em captar adequadamente o conceito que se deseja medir. Acrescenta, ainda, que o refinamento de um instrumento é processo trabalhoso e longo, sendo preciso definir claramente as principais necessidades de cuidados dos usuários, uma vez que elas são inúmeras e multidimensionais, dessa forma, o objetivo do instrumento não é ser uma listagem completa de todas as atividades de cuidados realizadas pela enfermagem, pois se tornaria extenso e exaustivo, mas, sim, conter as dimensões mais representativas do cuidar.

Dessa maneira, foram entregues 31 questionários que consistiram em uma escala *Likert* de dois pontos, contendo os itens que deveriam ser avaliados assinalando-se “concordo” ou “não concordo” nos requisitos que deveriam conter no instrumento de coleta de dados baseados nos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e por desvios de saúde. O questionário foi composto por 14 itens: forma de apresentação; condição de moradia; padrões respiratórios; avaliação da pele; alimentação; eliminação; atividade e repouso; estado neurológico; interação social; prevenção de saúde; requisitos de desenvolvimento; conhecimento sobre diabetes e suas complicações; conhecimento de conduta terapêutica e assistencial e condição do estado de saúde.

Também foi entregue a primeira versão do instrumento com a disposição de todos os

indicadores contidos em cada item. Solicitou-se ainda que fossem dadas sugestões caso o item assinalado fosse “não concordo”. As respostas do questionário mostraram que, no que se refere à estrutura do instrumento (forma de apresentação) e conteúdo, houve concordância de 100% dos itens. Essa etapa da pesquisa se deu no mês de outubro de 2012. A principal dificuldade encontrada se relacionou à demora na devolução dos instrumentos.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeras são as dificuldades enfrentadas para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no atendimento ao usuário portador de diabetes no Programa Saúde da Família, o que interfere diretamente na eficácia e qualidade do tratamento. Tais dificuldades vão desde a sobrecarga de trabalho delegada aos profissionais de enfermagem, a insuficiência de profissionais para o desempenho das atividades do programa, bem como a visão dos enfermeiros sobre a importância do processo de enfermagem na sua prática diária.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, percebeu-se que o cuidado com os usuários portadores de diabetes demanda novas discussões do processo de trabalho, que vão desde a forma de acolhê-los até a maneira como as informações são registradas, o que inclui a consulta de enfermagem. O enfermeiro necessita focar o seu atendimento no processo de enfermagem para que possa por em prática as etapas que incluem a coleta de dados, os diagnósticos e as intervenções, dentre outros, pois, para que possamos assistir o usuário no atendimento de suas necessidades é imprescindível termos pensamento crítico e conhecimento científico para tomarmos as decisões clínicas que atendam as reais necessidades do nosso usuário.

Através da experiência durante a construção e validação do instrumento, pudemos perceber a importância que a implementação da consulta de enfermagem proporciona em relação à praticidade no atendimento, bem como no sentido de elaborar um plano de cuidados que certamente culminará em uma assistência de qualidade. A partir da coleta de dados, o enfermeiro obtém e identifica aspectos importantes sobre o estado de saúde do indivíduo, família e comunidade; esses dados auxiliarão na tomada de decisão e planejamento da assistência.

Dessa maneira, é urgente a necessidade de implantação da SAE nas unidades de saúde da família, para que possamos partilhar de uma linguagem universal, eficiente e reconhecida no âmbito profissional, o que confirmará a Enfermagem enquanto Ciência, demonstrando que o cuidado de enfermagem poderá ser embasado em um modelo conceitual que solidifique a prática assistencial.

A Teoria do Autocuidado de Orem demonstrou ser compatível com o estudo, pois sua utilização serviu de guia para direcionar o levantamento das necessidades de autocuidado nos requisitos universais, de desenvolvimento e nos desvios de saúde que serviram de base para a construção do instrumento de coleta de dados em usuários diabéticos atendidos no Programa Saúde da Família.

Com relação aos objetivos propostos pelo estudo, pudemos alcançá-los, pois foi construída e validada uma versão do instrumento de coleta de dados para usuários diabéticos atendidos no Programa Saúde da Família. É importante esclarecer que em uma etapa posterior, o instrumento passará por testes, conferindo sua aplicabilidade na Consulta de Enfermagem, tanto por enfermeiros assistenciais no seu dia a dia, como pelos docentes que atuam na disciplina de Saúde do Adulto e do Idoso, junto aos discentes da graduação em Enfermagem, que cursam a disciplina.

Dessa forma, serão disponibilizadas cópias do instrumento, no sentido de verificar se o mesmo representa a assistência a usuários portadores de diabetes atendidos no Programa Saúde da Família, e, ao final, serão anotadas as dificuldades encontradas quanto à aplicação, além dos itens que podem ser acrescentados ou retirados. Após a conclusão do teste de operacionalização, será elaborada então a versão definitiva do instrumento com um guia instrucional, facilitando seu preenchimento e sua utilização.

É importante registrar que durante o desenvolvimento desta pesquisa, foram encontradas dificuldades, devido à impossibilidade de reunir as trinta e uma enfermeiras que compuseram a amostra desse estudo, o que certamente facilitaria a construção do conhecimento socializado, uma vez que não foi permitida a saída das mesmas no mesmo momento das unidades de saúde, sob a alegação de que traria prejuízos ao processo de trabalho dos Distritos Sanitários; como também, não foi possível desenvolver uma maneira de integrar os técnicos de enfermagem na pesquisa, tendo em vista o grande número de profissionais e as etapas que estes poderiam participar, obedecendo a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Ressalta-se que esta integração é de suma relevância, pois a concretização do processo de enfermagem é de responsabilidade de toda a equipe de enfermagem, cabendo privativamente ao enfermeiro, à interpretação dos dados evidenciados no histórico, a elaboração de diagnósticos e intervenções, no entanto, a execução destas intervenções é conferida a toda equipe de enfermagem, principalmente aos técnicos.

A atenção à saúde dentro da concepção do autocuidado poderá levar a mudanças nos fatores de risco e no estilo de vida, e, com isso, contribuir para diminuir a ocorrência de números tão desastrosos para os serviços de saúde decorrentes das complicações advindas em longo prazo pelo mau controle do diabetes. Com isso, é importante repensar a prática do enfermeiro quanto à valorização da educação para o autocuidado desses usuários, bem como das famílias e comunidades, pois, através do envolvimento desses atores, acredita-se que maior será a autonomia dos mesmos nas situações que requerem habilidades da equipe de

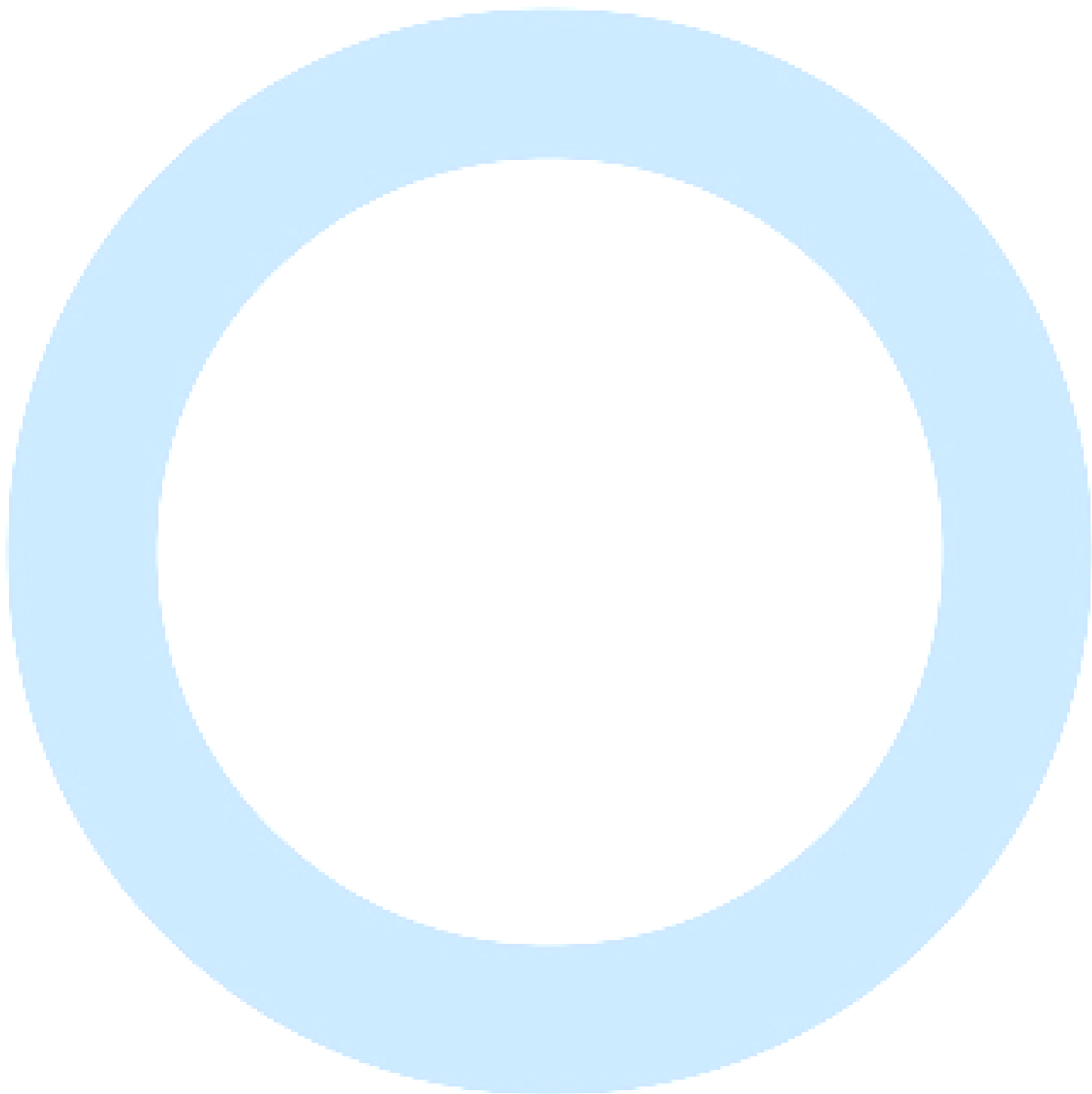
enfermagem. O usuário educado para o autocuidado certamente demandaria menor atenção da enfermagem e teria o empoderamento necessário para lidar com os possíveis problemas com maior segurança.

No que concerne à etapa de validação de instrumentos, algumas características de classificação têm sido preconizadas na literatura como forma de favorecer sua utilização como norteador de decisões e sua aceitabilidade, dentre elas: simplicidade, clareza, objetividade e não consumir muito tempo para seu preenchimento tem sido critérios enfatizados.

Dessa maneira, procurou-se tornar o instrumento o mais curto possível, sem comprometer a informação coletada. A apreciação dos enfermeiros nessa etapa do estudo evidenciou que ele parece preencher esses requisitos, pois o instrumento demonstrou validade de forma e de conteúdo na opinião dos mesmos. Contudo, necessita, ainda, ser submetido a novos testes para avaliação de outras propriedades psicométricas, dentre elas consistência interna, confiabilidade entre avaliadores e validade de constructo. Espera-se que a nova versão possa representar, com mais fidelidade, as atividades e o tempo gasto pela equipe de enfermagem no processo de cuidar.

É oportuno assinalar que a inserção da pesquisadora no espaço de discussão desenvolvido junto à Área Temática de Hipertensão e Diabetes, da Secretaria Municipal de Saúde do Município de João Pessoa, participando como facilitadora das oficinas para qualificação em diabetes dos profissionais das equipes do Programa Saúde da Família durante o ano de 2012 em três Distritos Sanitários permitiu uma maior compreensão da importância da SAE na Atenção Primária, que vem para facilitar a comunicação e o registro da assistência, tornando-a mais efetiva e promovendo uma maior visibilidade desta por parte da equipe de enfermagem e dos profissionais de outras áreas.

Ao finalizar esta pesquisa, experimenta-se enorme satisfação no alcance dos objetivos propostos. No tocante à vida profissional, sentimo-nos certamente capacitadas a compreender e defender a utilização do conhecimento específico da profissão no dia a dia do processo de trabalho com os profissionais, tanto na prática assistencial quanto na docência.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALMEIDA, M. C. P. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 748-52, 2009.

BACKES, D. S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci Health Sci.**, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.

_____, D. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios e conquista do Ponto de Vista Gerencial. **Rev Ciência Cuidado Saúde**, v. 4, n. 2, p. 182-8, 2005.

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, p. 793-8, 2007.

BOSI P. L. et al. Prevalência de diabetes *mellitus* e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v. 53, n. 6, p. 726-32, 2009.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica n. 16** - Diabetes *Mellitus*. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

_____. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011.

_____. **Lei n.º 7.498**, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/416>> Acesso em: 12 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. **Resolução no 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília - DF, 2006c. 300p.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde – SUS**. Dia Mundial do Diabetes. Brasília, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457. Acesso

em: 28 de Nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 12 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

CASTELLANOS, B. E. F. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. In: CAMPEDELLI, M.C. (org.). **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CASTRO, L. T; BACCHI, L. M; MUTARELLI, E. G. Neuropatia. In: **Manual de Diabetes Mellitus**. Liga de Controle de Diabetes Mellitus do Hospital das Clínicas da USP. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

_____; _____. NORONHA, I. L. Nefropatia. In: **Manual de Diabetes Mellitus**. Liga de Controle de Diabetes Mellitus do Hospital das Clínicas da USP. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

_____; _____. TAKAHASHI, W. Y. Retinopatia. In: **Manual de Diabetes Mellitus**. Liga de Controle de Diabetes Mellitus do Hospital das Clínicas da USP. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

CHINN, P. G., KRAMER, M. K. **Theory and Nursing: a systematic approach**. 4. Ed. St. Louis: Mosby, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 272**, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília: COFEN; 2002.

_____. **Resolução n° 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e da outras providencias. Brasília. Disponível em: <www.portalcofen.com.br>. Acesso em: 08 mar. 2011.

_____. **Resolução n° 311**, de 09 de fevereiro de 2007. Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.notadez.com.br/content/normas.asp?id=36907>>. Acesso em: 08 mar. 2011.

COSTA, K. N. F. M., FERNANDES, M. G. M., NÓBREGA, M. M. L. Requisitos para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. In: MOURA, E. C.C.; NERY, I. S.; SILVA, G. R. F. **Fases e faces do cuidar em enfermagem: o Piauí no nordeste brasileiro**. Teresina: EDUFPI, 2010, 416p.

CRIVARO, E. T.; ALMEIDA, I. S.; SOUZA, IEO. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de Enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.

15, p. 248-54, 2007.

CUNHA, A. L. S. M; PENICHE, A. C. G. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós- anestésica. **Acta Paul. Enferm.** [online]. 2007. v. 20, n. 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a07v20n2.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2012.

CURCIO, R; BECK, A. R. M; LIMA, M. H. L. Subsídios para consulta de enfermagem ao paciente com diabetes *mellitus*. In: **Paciente Diabético: cuidados de enfermagem**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

DUARTE, M. T. C, AYRES, J. A, SIMONETTI, J. P; Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enferm.** [online]. 2009. v. 18, n. 1. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12.pdf>> Acesso em: 27 set. 2012.

EBEN et al. Self-care Deficit of Nursing. In: MARRINER, A. **Nursing Theorists and their works**. St. Louis: The C. V. Mosby, 1986.

FAWCETT, J. **Analises and evaluation of nursing theories**. F. A. Davis Company: Philadelphia, 1993.

_____. **Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2. ed. F. A. Davis Company: Philadelphia, 2005.

_____. **The metaparadigm of nursing: present status and future refinements**. v. 16. Issue, 1984.

FONTES, W. D. de. **Déficit de autocuidado no câncer de mama: proposta educativa de Enfermagem**. 1997. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FOSTER, P. G., JANSSENS, N. P. Dorothea Orem. In: GEORGE, J. B. (org.) **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GALDEANO, L. E; ROSSI, L.A. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**. [online]. 2002. v. 10, n.3. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 17 set. 2012.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Teorias de enfermagem. In.: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Org.). **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____; _____. CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: aplicação à prática assistencial. **Online Brazilian Journal of Nursing**. [online]. 2004. v.3, n.2. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm>. Acesso em: 08 jun. 2011.

GUERRA, E. M. D.; SANTOS, F. L. de M. M.; ARAÚJO, T. L. de. O cuidar fundamentado em Orem. **Nursing**, n. 49 jun. 2002.

GOMES, V. L. O. et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidar popular a construção de teorias. **Invest Educ Enferm.**, Medellín, v. 25, n. 2, p. 108-11, 2007.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013**. João Pessoa: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. 165 p.

LACERDA, M. R.; ZAGONEL, I. P. S.; MARTINS, S. K. Padrões do conhecimento de enfermagem e sua interface ao atendimento domiciliar à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**. [online]. 2006. v. 5, n. 2. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/293/59>. Acesso em: 12 out. 2011.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2.ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

_____. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LIMA, L. R. et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em horta. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. 2006. v. 8, n. 3. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm > Acesso em: 26 jun. 2012.

LOPES, F. L.; SANTOS, S. S. C; Construindo um histórico de enfermagem para ser utilizado com idosos internados em um hospital universitário. **Cogitare Enferm.** [online]. 2009. v. 14, n. 1. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/14074/9477>>. Acesso em: 26 jun. 2012.

LOPES, M. J. **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica**: proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau (Formação e Saúde, Ltda), 2006.

MALUCELLI, A. et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 63, n. 4, p. 629-36, 2010.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MEDINA, J. L. **La pedagogía del cuidado**: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes, 1998.

MESQUITA, E. M; VANTINE, L. F. M; GOLDBAUM, T. S. Prevalência e Epidemiologia. In: **Manual de Diabetes Mellitus**. Liga de Controle de Diabetes *Mellitus* do Hospital das Clínicas da USP. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

OGUISSO, T. **Trajectoria histórica e legal da enfermagem**. 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2007.

OLIVEIRA, L. M.; EVANGELISTA, R. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): excelência no cuidado. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão**

do UNIPAM. Patos de Minas: UNIPAM, n. 7. vol. 1: 83-8, 2010.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 4 ed. St. Louis: Missouri, 1991.

_____. **Nursing: concepts of practice**. 5 ed. St. Louis: Mosby, 1995.

OSMUNDO, G. S, et al. Definição e classificação dos distúrbios do metabolismo dos hidratos de carbono, rastreamento e prevenção de DM Tipo 1 e 2. In: **Manual de Diabetes Mellitus**. Liga de Controle de Diabetes *Mellitus* do Hospital das Clínicas da USP. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

PADILHA, M. I; BORESTIN, M. S; SANTOS, I. **História de uma profissão**. Ed. Difusão Paulista. 1.ed. São Paulo, 2011.

PFEILSTICKER, D. C. A. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no processo de cuidar**: significados atribuídos por docentes e graduandos de Enfermagem. 2006. 125 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, R. C.; MARIN, H. F. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 204-12, 2009.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

SANTOS, S. M. R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto contexto - enferm**. v.17, n.1, p. 124-130, 2008.

SILVA, K. L.; NÓBREGA, M. M. L. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para crianças de 0-5 anos. **Online Brazilian Journal of Nursing**. [online]. 2006. v. 5, n. 3. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn503silvanobrega.htm>. Acesso em: 02 mai. 2011.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. **Arq Bras Cardiol**. v. 87, n. 4. p. 496-503, 2006.

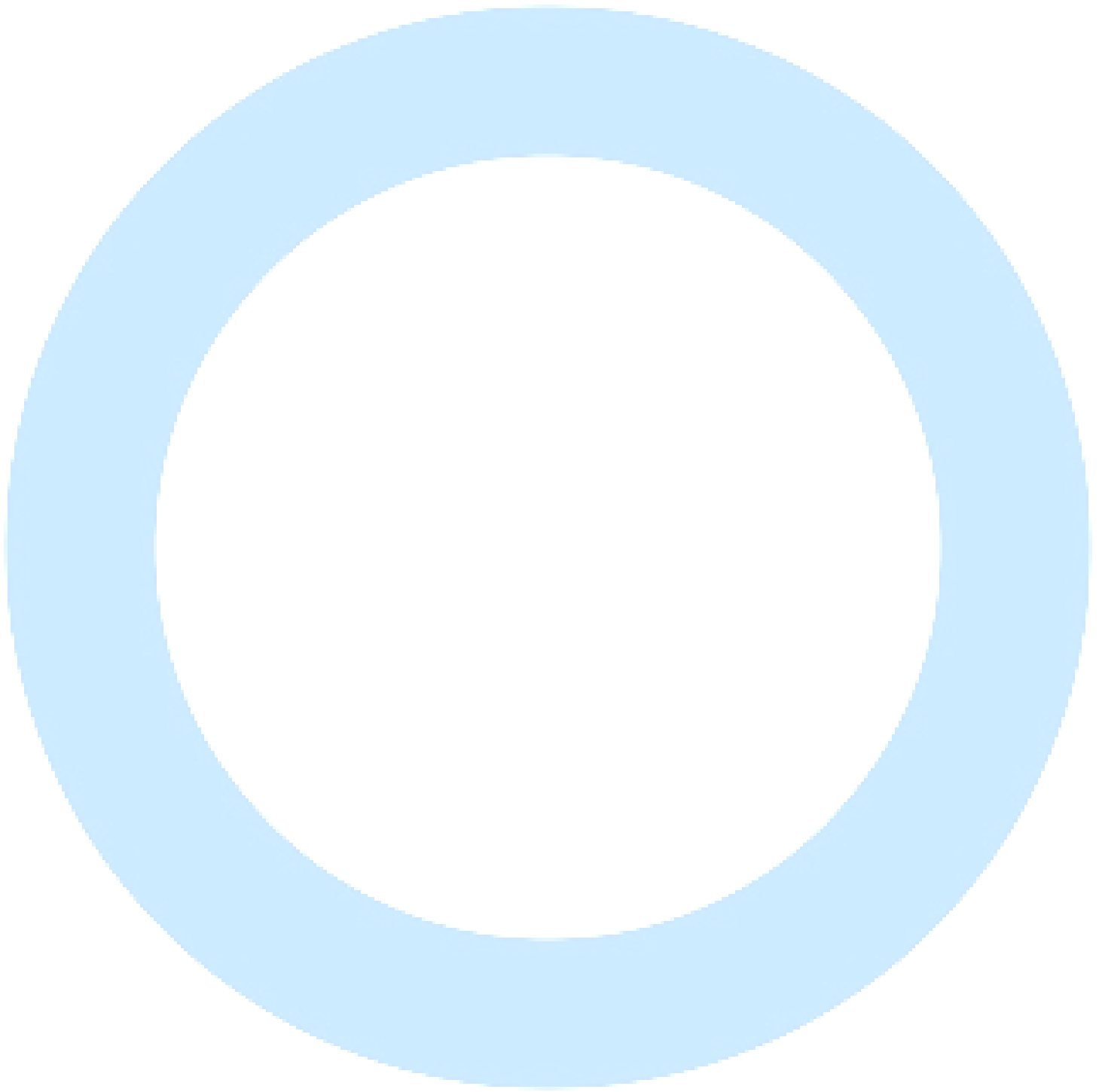
SOUZA, A. P. M. A.; SOARES, M. J. G. O.; NÓBREGA, M. M. L. Indicadores empíricos para a estruturação *de um* instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. **Rev. Eletr. Enf.**, Brasília, v.11, n.3, p.501-8, 2009. Disponível em:<www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a06.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2011.

STUMVOLL, M.; GOLDSTEIN, B. J.; HAEFTEN, T. W.; Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy. **Lancet**. v. 365, n. 9467, p. 1333-46, 2005.

SUMITA, S. L. N; ABRÃO, A. C. F. V; MARIN, H. F. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente. Acta Paul Enferm. [online]. 2005. v. 18, n. 4. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a10v18n4.pdf> Acesso em: 25 jun. 2012.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **SAE Sitematização da Assistência de Enfermagem:** guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

VARGAS, R. S.; FRANÇA, F. C. V. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de Cirrose Hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 3, p. 348-52, 2007.



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colega,

Eu, Eva Porto Bezerra, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Enfermagem na atenção à saúde, pretendo desenvolver uma pesquisa, intitulada **Construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos no Programa Saúde da Família**. Neste estudo pretendemos desenvolver e validar o conteúdo de um instrumento para documentar a assistência de enfermagem prestada aos usuários diabéticos atendidos na unidade de saúde da família. Esta pesquisa não oferece nenhum tipo de risco tanto para a pesquisadora quanto para os sujeitos envolvidos. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento de um instrumento que favoreça a Sistematização da Assistência de Enfermagem na unidade de saúde da família e que reflita a realidade do mesmo.

Por este motivo, solicito sua colaboração na identificação dos indicadores empíricos levantados através da teoria do autocuidado que você considera importante durante a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos, com a finalidade de construir a primeira versão do instrumento de coleta de dados.

Informo que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. Em critério de esclarecimento ressalto que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Ressalto que os dados coletados farão parte da minha dissertação de mestrado, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros conclave, tanto em nível nacional como internacional.

Diante do exposto, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração, o que tornará possível a realização deste estudo.

Atenciosamente,

Eva Porto Bezerra

Mestranda

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando, para os devidos fins, que estou ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar o meu consentimento, sem que isso me traga prejuízo.

João Pessoa – PB ___/___/___

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Endereço da pesquisadora responsável: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, Cidade Universitária – João Pessoa, PB - 58059-900 Fone: 0XX83 3216.7229 Fax: 0XX83 3216.7162. E-mail: evaenfermagem@yahoo.com.br

APÊNDICE B

INDICADORES SELECIONADOS PARA OS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS DIABÉTICOS ATENDIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado(a) Colega,

1- Leia atentamente as definições dos requisitos de autocuidado e as suas manifestações, apresentadas na coluna à esquerda, e marque com um “X” o grau em que cada item é necessário para o atendimento dos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e por desvio de saúde.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO		
Manifestações dos requisitos de autocuidado		
Requisitos universais: Os requisitos de autocuidado universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os em seu funcionamento, estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Incluem manutenção e ingestão suficiente de ar, água e alimento; a provisão de cuidados com eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal.		
A. Condição de moradia	Irrelevante	Relevante
Água tratada		
Possui energia elétrica?		
Coleta de lixo		
Condições de higiene do lar		
Destino do lixo		
Presença de animais domésticos		
Quantas pessoas vivem na casa		
Casa própria		
B. Padrões Respiratórios	Irrelevante	Relevante
Apneia		
Bradipneia		
Cianose		
Dispneia		
Dor torácica		
Eupneia		
Ortopneia		
Respiração superficial ou profunda		
Taquipneia		
Halitose		
Tontura		
Indisposição		
Cansaço		
Murmúrios vesiculares: presentes, ausentes ou diminuídos		
C. Avaliação da pele	Irrelevante	Relevante
Áreas que sofrem pressão		

Cicatrização das feridas		
Classificação da úlcera por pressão		
Complicações da cicatrização: hemorragia, evisceração, fístula		
Equimose		
Características do exsudato: quantidade, cor, odor		
Hematomas		
Hidratação e turgor da pele		
Aumento da temperatura Icterícia		
Icterícia		
Polimorfismo das lesões: mácula, pápula, vesícula, pústula, crosta		
Edema		
Elasticidade diminuída		
Exames laboratoriais alterados		
Febre		
Prurido		
Sensibilidade das lesões: térmica, dolorosa e tátila		
Pele ressecada		
Hipertermia		
Hipotermia		
Turgor diminuído		
Pele fria		
Pele quente		
Sudorese		
Artralgia		
Aumento da sensibilidade à dor		
Decréscimo na sensibilidade à dor		
Dor: localização, intensidade e frequência		
Expressões corporais relacionadas à dor		
Expressões faciais relacionadas à dor		
Fatores que aliviam		
Mialgia		
Pulsos periféricos palpáveis		
D. Alimentação	Irrelevante	Relevante
Altura		
Anorexia		
Apetite: diminuído, aumentado		
Circunferência abdominal		
Dentaduras		
Diarréia		
Dificuldade de sucção		
Disfagia		
Dispepsia		
Distensão abdominal		
Dor abdominal		
Falhas dentárias		
Hábitos alimentares		
Intolerâncias alimentares		

Lesão na cavidade oral		
Náuseas		
Peso		
Pirose		
Preferências alimentares		
Vômitos		
E. Eliminação	Irrelevante	Relevante
Acolia		
Anúria		
Aspectos das fezes: coloração, consistência, frequência de eliminação, odor, volume		
Colúria		
Constipação		
Diarreia		
Distensão abdominal		
Disúria		
Flatulência		
Hematúria		
Hipocolia		
Incontinência fecal		
Incontinência urinária		
Melena		
Micção espontânea		
Nictúria		
Oligúria		
Polaciúria		
Poliúria		
Retenção urinária		
Vômito		
F. Atividade e repouso	Irrelevante	Relevante
Cansaço		
Fadiga		
Insônia		
Mudanças no ambiente que interferem o sono: luminosidade, barulho, tamanho da cama, costumes		
Sono satisfatório ou prejudicado		
Sonolência		
Utilização de medicamentos auxiliares do sono		
Utilização de medicamentos inibidores do sono		
G. Estado neurológico	Irrelevante	Relevante
Agressividade		
Ausência		
Depressão		
Respostas desconexas		
Tranquilidade		
Tristeza		
Uso da linguagem não verbal		
Uso da linguagem verbal		
H. Interação social	Irrelevante	Relevante

Agitação		
Agressividade		
Angústia		
Ansiedade		
Apatia		
Choro		
Expressão corporal		
Expressão facial		
Fobias		
Frustração		
Inconstância no equilíbrio do humor		
Irritabilidade		
Isolamento social		
Interação com as pessoas		
Manifestações de carência afetiva		
Medo		
Participação de atividades na comunidade		
Quem mais auxilia no seu tratamento		
Solidão		
Vive: sozinho, familiares, amigos		
Desejo de participar de atividades		
Prefere ficar sozinho		
Apresenta depressão		
Apresenta desejo de morte		
Apresenta tristeza		
Falta de autoconfiança		
Tem medo de expor idéias		
I. Prevenção de saúde	Irrelevante	Relevante
Etilismo: quantos mililitros ao dia, desde quando consome		
Utilização de fumo: quantos ao dia, desde quando consome		
Manifestações dos requisitos de autocuidado	Irrelevante	Relevante
Requisitos de desenvolvimento: Os requisitos desenvolvimentais ocorrem quando há necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo.		
Alteração na libido		
Anorgasmia		
Ejaculação precoce		
Impotência		
Presença de doenças sexualmente transmissíveis		
Problemas relacionados ao uso de álcool		
Relacionamento heterossexual		
Relacionamento homossexual		
Utilização de medicamentos indutores de apetite sexual		
Tipo de diabetes		
Tempo de diagnóstico		
Parentesco com pessoas diabéticas		
Conhecimento sobre o problema de saúde		
Conhecimento sobre o tratamento		
Experiências anteriores: doenças, tratamentos		

O que a família sabe sobre o problema de saúde		
Situações que interferem no tratamento		
Infertilidade		
História de diabetes gestacional (mulheres)		
Uso de anticoncepcional oral (mulheres)		
Desejo de engravidar (mulheres)		
Vida sexual ativa		
Manifestações dos requisitos de autocuidado	Irrelevante	Relevante
<p>Requisitos de desvio de saúde: Os requisitos de autocuidado por desvio de saúde são a busca e garantia da assistência médica adequada; conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; execução de medidas prescritas pelo médico e conscientização de efeitos desagradáveis dessas medidas; modificação do autoconceito (e da autoimagem) na aceitação de si como estando num estado especial de saúde; aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estados patológicos, bem como de efeitos de medidas de diagnósticos e tratamentos médicos, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo.</p>		
A. Conhecimento sobre o diabetes e suas complicações	Irrelevante	Relevante
Taxa de açúcar elevada		
Excesso de açúcar no sangue		
Hereditário		
Sobrepeso		
Perda de peso		
Ganho de peso		
Familiar diabético		
Hiperglicemia		
Hipoglicemia		
Normoglicemia		
Poliúria		
Polifagia		
Polidipsia		
Perda de peso		
Nictúria		
Diabetes tipo 1		
Diabetes tipo 2		
Diabetes gestacional		
Diabetes MODY		
Outros tipos de diabetes		
Cegueira		
Retinopatia		
Nefropatia		
Neuropatia		
Pé diabético		
Dormência		
Formigamento		
Fisgadas		
Hemodiálise		
Insuficiência renal		
Hipertensão		
Genético		

Necessidade	Sinais e sintomas de manifestação da necessidade

3- Dados demográficos:

Sexo: Feminino Masculino

Idade: 20 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos Mais de 51 anos

Nível de educação em Enfermagem:

Graduação Especialista Mestre Doutor

Anos de experiência como enfermeiro(a):

1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 Mais de 26

Anos de experiência no Programa Saúde da Família

1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 Mais de 26

Posição na enfermagem:

Enfermeira assistencial Docente de enfermagem

APÊNDICE C

GUIA INSTRUCIONAL DE PREENCHIMENTO

Prezado(a) Colega,

Por gentileza leia atentamente a definição de cada um dos requisitos de autocuidado apresentados e os itens que contém as suas manifestações, selecionados a partir da revisão da literatura científica. Ao longo da leitura, avalie cada item e assinale com um “X” no espaço correspondente a “**Relevante**”, caso você considere que ele seja importante para constar no instrumento de coleta de dados. Entretanto, caso você considere que este item seja dispensável, assinale com um “X” na alternativa “**Irrelevante**”. Por exemplo, se eu apresentasse o requisito universal de eliminação com suas manifestações clínicas listadas abaixo, perguntasse o grau de relevância desses itens para o atendimento dos requisitos de autocuidado de usuários diabéticos atendidos na unidade de saúde da família e oferecesse a escala com as alternativas **Irrelevante** e **Relevante**, para que você desse sua opinião, conforme apresentado no quadro a seguir, você faria um “X” na coluna “**Relevante**” caso concordasse que poliúria, nictúria, disúria são itens necessários para constar no instrumento; ao discordar, você assinalaria um “X” na coluna “**Irrelevante**”.

Manifestações dos requisitos de autocuidado	Irrelevante	Relevante
Universais: Os requisitos de autocuidado universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os em seu funcionamento, estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Incluem manutenção e ingestão suficiente de ar, água e alimento; a provisão de cuidados com eliminação e excreção, dentre outros.		
Poliúria		X
Nictúria		X
Disúria		X

Ressalto que não existem respostas “certas” ou “erradas”, não devendo, por este motivo, deixar nenhuma questão sem resposta. Ao final do instrumento, existe um espaço para você sugerir o acréscimo de alguma manifestação que julgue necessária, mas que não esteja presente no instrumento.

Assim, o preenchimento do instrumento vai requerer tempo e reflexão, mas reconheço também sua grande contribuição na construção e validação de um instrumento para a documentação do processo de enfermagem na unidade de saúde da família, melhorando a qualidade do cuidado prestado. Depois de preenchido, o mesmo deverá ser devolvido à pesquisadora.

Atenciosamente,
Eva Porto Bezerra
Mestranda

APÊNDICE D

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO DIABÉTICO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS	
Nome: _____	Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: _____	Peso: _____ kg Altura: _____
Estado civil: _____	Religião: _____ Ocupação: _____
Escolaridade: _____	Renda familiar: _____
Com quem vive: _____	
De quem depende o sustento da família? _____	

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO
Requisitos universais
A. Condições de moradia
1. Tipo de água: <input type="checkbox"/> encanada <input type="checkbox"/> poço <input type="checkbox"/> cacimba <input type="checkbox"/> outro _____
2. Saneamento básico: <input type="checkbox"/> saneado <input type="checkbox"/> fossa <input type="checkbox"/> outro _____
3. Condições do lixo: <input type="checkbox"/> coletado <input type="checkbox"/> enterrado <input type="checkbox"/> queimado <input type="checkbox"/> outro _____
4. Higiene do lar: <input type="checkbox"/> casa própria <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada <input type="checkbox"/> outro _____
B. Padrões respiratórios
1. Respiração: superficial <input type="checkbox"/> profunda <input type="checkbox"/> 2. Murmúrios vesiculares: presentes <input type="checkbox"/> ausentes <input type="checkbox"/> diminuídos <input type="checkbox"/>
3. Apresenta dificuldade respirar <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> tipo: apneia <input type="checkbox"/> bradipneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> taquipneia <input type="checkbox"/>
4. Ao exercitar-se, sente: <input type="checkbox"/> dor torácica <input type="checkbox"/> cansaço <input type="checkbox"/> indisposição <input type="checkbox"/> tontura <input type="checkbox"/> cianose
5. Hálito cetônico: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
C. Avaliação da pele
1. Presença de lesão: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não tipo _____ local _____
2. Características da lesão: <input type="checkbox"/> secreção <input type="checkbox"/> fibrina <input type="checkbox"/> tecido de granulação <input type="checkbox"/> outros _____
3. Característica da secreção: quantidade _____ cor _____ odor _____
4. Sensibilidade da lesão: térmica <input type="checkbox"/> dolorosa <input type="checkbox"/> tátil <input type="checkbox"/> Dor sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> localização _____
intensidade _____ frequência _____ Diminuição da dor em algum momento? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
5. Úlcera por pressão: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> local _____ Áreas que sofrem pressão _____
Pulso periférico palpável? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Dificuldade de cicatrização: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
6. Temperatura: <input type="checkbox"/> hipotermia <input type="checkbox"/> hipertermia <input type="checkbox"/> febre <input type="checkbox"/> normotermia
7. Elasticidade: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> aumentada
8. Turgor: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> aumentada
9. Hidratação: <input type="checkbox"/> pele ressecada <input type="checkbox"/> sudorese
10. Integridade: <input type="checkbox"/> equimose <input type="checkbox"/> icterícia <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> prurido
D. Alimentação
1. Apetite: aumentado <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/>
2. Quais os alimentos que costuma comer? _____
3. Apresenta aumento de peso? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 4. Apresenta diminuição de peso? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5. O aumento ou perda de peso tem algum significado para você? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Qual? _____
6. Intolerância alimentar: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> tipo de alimento _____
7. Apresenta: <input type="checkbox"/> anorexia <input type="checkbox"/> dor abdominal <input type="checkbox"/> dor epigástrica <input type="checkbox"/> dispepsia <input type="checkbox"/> disfagia <input type="checkbox"/> lesão na cavidade oral <input type="checkbox"/>
outro _____ Circunferência abdominal: _____
E. Eliminação
1. Incontinência ou retenção urinária: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> qual? _____
2. Apresenta: <input type="checkbox"/> hematuria <input type="checkbox"/> disuria <input type="checkbox"/> anúria <input type="checkbox"/> oligúria <input type="checkbox"/> poliúria <input type="checkbox"/> polaciúria <input type="checkbox"/> colúria
3. Quantas vezes levanta para urinar a noite? _____
4. Eliminação das fezes: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> constipação Aspecto das fezes: coloração _____
consistência _____ Odor _____ volume _____ frequência _____
F. Atividade e repouso

1. Realiza atividade física? sim não qual? _____ tempo? _____
Frequência? _____ Sente: disposição fadiga cansaço indisposição outro _____
2. Qualidade do sono: satisfatória prejudicado insônia sonolência 3. Uso de medicamento inibidor ou auxiliar do sono? sim não qual? _____

G. Estado neurológico

1. Estado de consciência: agressividade tristeza ausência depressão instabilidade
2. Impressão do enfermeiro: atitudes condizentes com a resposta atitudes não condizentes com a resposta

H. Interação social

1. Participa de atividades na comunidade? sim não Gosta de participar das atividades? sim não
2. O diabetes interfere ou interferiu na sua vida social? sim não Por quê? _____
3. No dia a dia sente: agitação agressividade angústia ansiedade apatia vontade de chorar irritabilidade tristeza desejo de morte depressão falta de confiança solidão
4. Arranjo familiar: vive sozinho vive com amigos vive com familiares Quem auxilia no seu tratamento? _____

I. Prevenção de saúde

1. Fumante: sim não Quantos cigarros ao dia? _____
2. Ingera bebida alcoólica? sim não Quantidade? _____ Tempo? _____
3. Problemas relacionados ao uso do álcool: sim não Quais? _____

Requisitos de desenvolvimento

1. Tipo de diabetes: tipo 1 tipo 2 gestacional outro _____
2. Em que período recebeu o diagnóstico? infância adolescência adulto idoso
3. Possui parentes com diabetes? sim não Tipo de diabetes? _____
Grau de parentesco? _____
4. Família sabe sobre seu problema de saúde? sim não
5. Conhecimento sobre o tratamento do diabetes? sim não
6. Possui experiência anterior em relação a outras doenças? sim não Tratamentos anteriores? sim não
7. Alguma situação interfere no tratamento? sim não Qual? _____
8. Desempenho sexual satisfatório? sim não Alteração na libido? sim não Impotência? sim não
9. Problema de infertilidade? sim não **Para as mulheres:** História de DM Gestacional? sim não
Uso de Anticoncepcional? sim não Deseja engravidar? sim não

Requisitos de desvio de saúde

A. Conhecimentos sobre o diabetes e suas complicações

1. Apresenta: poliúria polifagia polidipsia perda de peso ganho de peso nictúria sobrepeso
2. Reconhece quando está com a glicemia alterada? sim não Já apresentou hipoglicemia ou hiperglicemia?
 sim não O que sentiu? _____
3. Presença de complicações: retinopatia nefropatia neuropatia pé diabético físgadas nos pés
 dormência nos pés insuficiência renal hipertensão Faz hemodiálise? sim não

B. Conhecimento de conduta terapêutica e assistencial

1. Qual o tratamento atual prescrito? glibenclamida 5mg metformina 500mg metformina 850mg
 insulina NPH insulina regular insulina NPH + insulina regular outro tipo de insulina Qual? _____
 outro hipoglicemiante oral Qual? _____ Uso de medicamento sem prescrição sim não
2. Efeito adverso ou colateral a hipoglicemiante oral: sim não Qual? _____
3. Alergia a algum tipo de insulina? sim não
4. Realiza glicemia capilar? sim não Quem realiza? _____ Frequência? _____
5. Sabe avaliar os resultados da glicemia? sim não
6. Realiza glicemia pré e pós-prandiais? sim não Valor mais atual _____ Data _____
7. Tem realizado hemoglobina glicosilada? sim não Resultado da última avaliação _____

C. Avaliação do estado de saúde

1. Consulta com endocrinologista? sim não Data da última consulta _____
2. Consulta oftalmológica? sim não Data da última consulta _____ Realizou exame de fundo de olho? sim não Última data _____
3. Consulta odontológica? sim não Data da última consulta _____
4. Avaliação da função renal sim não Valores _____ Data da última avaliação _____

5. Avaliação nutricional sim não data da última avaliação _____
6. Consulta de enfermagem? sim não Data da última consulta _____
7. Consulta com podiatra? sim não Data da última consulta _____ Formigamento ou dormência nos pés? sim não Realiza auto-exame dos pés? sim não
8. Portador de Hipertensão? sim não Duração: _____ Medicamentos em uso: _____
9. Apresenta níveis de colesterol elevados? sim não Valores _____ Data da última avaliação _____
10. Vacinas em dia? sim não Atualizar vacinas _____

Observações:

Enfermeiro (a):

COREN:

Fonte – Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2012.

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colega,

Eu, Eva Porto Bezerra, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Enfermagem na atenção à saúde, venho desenvolver a pesquisa, intitulada **Construção e validação de instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos no Programa Saúde da Família**.

Portanto, solicito sua colaboração no sentido de avaliar a primeira versão do instrumento de consulta de enfermagem aos usuários diabéticos, construído a partir dos indicadores empíricos encontrados na literatura a partir de livros, artigos, dissertações e teses e avaliados pelas enfermeiras que prestam assistência na Estratégia saúde da família, do município de João Pessoa, propondo sugestões quanto forma de apresentação e conteúdo do instrumento.

Ressalto que sua contribuição é muito importante para que o instrumento possa ser validado. Informo que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. Em critério de esclarecimento informo que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Ressalto que os dados coletados farão parte da minha dissertação de mestrado, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros conclave, tanto em nível nacional como internacional.

Diante do exposto, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração, o que tornará possível a realização deste estudo.

Atenciosamente,

Eva Porto Bezerra

Mestranda

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando, para os devidos fins, que estou ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar o meu consentimento, sem que isso me traga prejuízo.

João Pessoa – PB ___/___/___

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Endereço da pesquisadora responsável: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, Cidade Universitária – João Pessoa, PB - 58059-900 Fone: 0XX83 3216.7229 Fax: 0XX83 3216.7162. E-mail: evaenfermagem@yahoo.com.br

APÊNDICE F

GUIA INSTRUCIONAL – VALIDAÇÃO DE FORMA DE APRESENTAÇÃO E CONTEÚDO

João Pessoa, outubro 2012

Prezado (a) colega,

Por gentileza, leia atentamente as instruções a seguir para o preenchimento deste instrumento. Essa primeira versão do instrumento de enfermagem deve ser avaliada quanto à forma de apresentação e conteúdo. Para cada item a ser avaliado será possível a escolha entre duas opções: concordo (caso você não queira fazer nenhuma alteração no item) e não concordo (caso você queira propor alguma modificação no item), devendo justificar a modificação sugerida no espaço reservado para esse fim. Veja o exemplo abaixo:

1- Fatores condicionantes básicos:

Nome:

Data de nascimento:

Estado civil:

Idade:

Sexo: M () F ()

Religião:

Concordo () Não concordo(X)

Justifique:

2- Condição de moradia:

Concordo () Não concordo(X)

Justifique:

Sua contribuição é muito importante, avalie com atenção cada item e faça as sugestões que julgar necessárias. Muito obrigada!

APÊNDICE G

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE FORMA DE APRESENTAÇÃO E CONTEÚDO

1. Forma de apresentação:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

2. Condição de moradia:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

3. Padrões respiratórios:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

4. Avaliação da pele:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

5. Alimentação:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

6. Eliminação:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

7. Atividade e repouso:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

8. Estado neurológico:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

9. Interação social:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

10. Prevenção de saúde:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

11. Requisitos de desenvolvimento:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

12. Conhecimento sobre o diabetes e suas complicações:

Concordo () Não concordo()

Justifique:

13. Conhecimento de conduta terapêutica e assistencial:

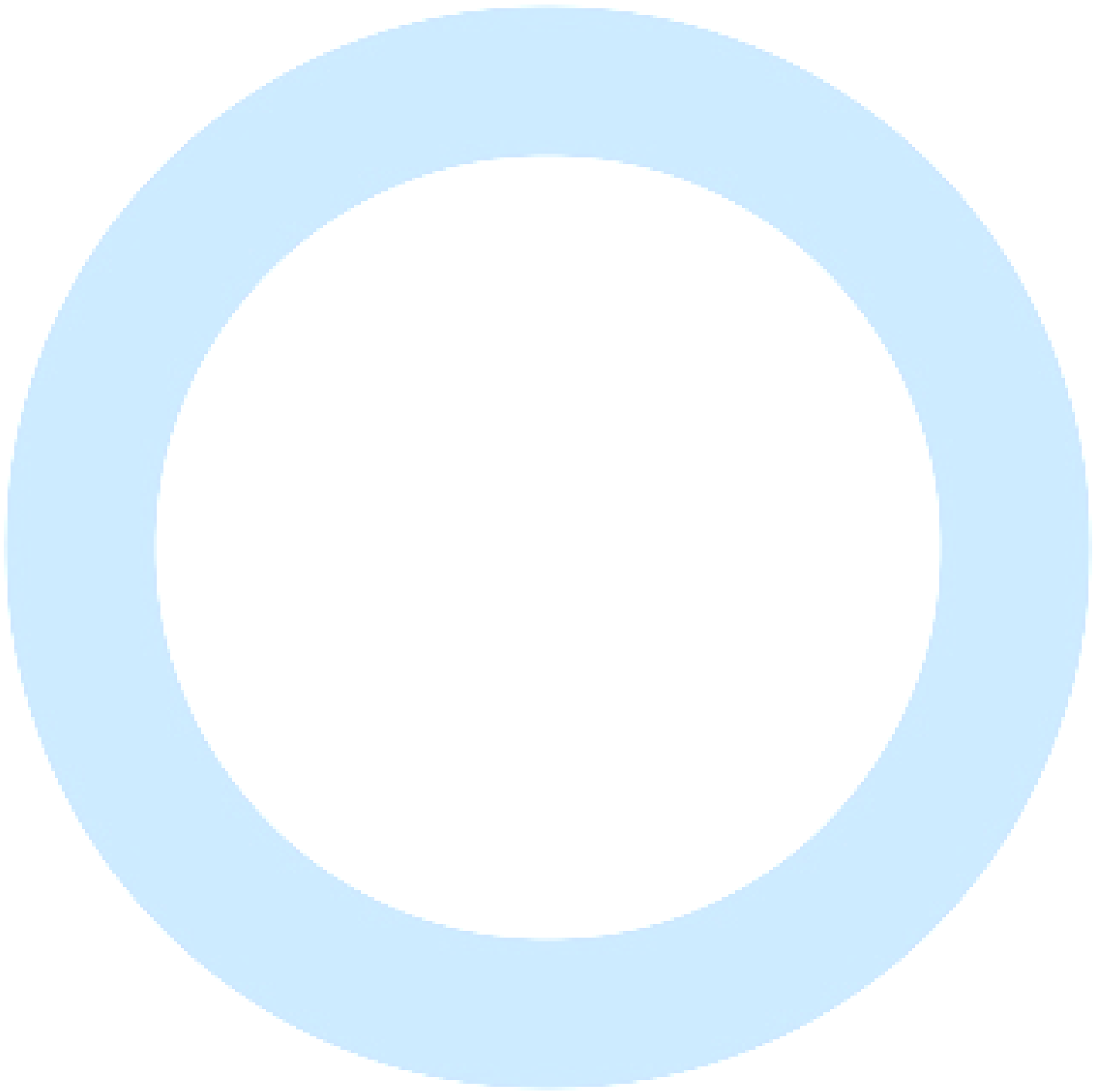
Concordo () Não concordo()

Justifique:

14. Condição do estado de saúde:

Concordo () Não concordo()

Justifique:





**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 7ª Reunião realizada no dia 31/07/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO UTILIZADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA” da Pesquisadora Eva Porto Bezerra. Prot. nº 0098/12, CAAE 01606612.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


**Drª Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618**