UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA PAULA FERREIRA

Registro da Assistência de Enfermagem em consultas a portadores de Diabetes Mellitus na Atenção Básica

RIBEIRÃO PRETO
2019

ANA PAULA FERREIRA

Registro da Assistência de Enfermagem em consultas a portadores de Diabetes Mellitus na Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado de Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FERREIRA, ANA PAULA

Registro da Assistência de Enfermagem em consultas a portadores de Diabetes Mellitus na Atenção Básica. Ribeirão Preto, 2019.
109 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: SÍLVIA MATUMOTO

1. Processo de Enfermagem. 2. Diabetes Mellitus. 3.Atenção Primária à Saúde. 4.Sistematização da Assistência de Enfermagem. 5.Registros de Enfermagem.

FERREIRA, ANA PAULA

Registro da Assistência de Enfermagem em consultas a portadores de Diabetes Mellitus na Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em ...../...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

*Agradeço, primeiramente a **Deus,** pelos dias vividos e por me proporcionar a grandiosa oportunidade de poder me aprimorar como profissional.*

*Agradeço a todas as **pessoas,** que participaram desta etapa de minha vida e que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.*

Em especial, agradeço:

*À minha mãe **Delorme**, pelo carinho e grandiosa compreensão pelos momentos que estive ausente.*

*À minha **Prof. Dra. Sílvia Matumoto**, minha orientadora pelos momentos de dedicação a mim dispensados e pela oportunidade de compartilhar de suas sábias orientações, grande sabedoria e experiência. Sem palavras para agradecer por me inspirar a crescer sempre.*

*À enfermeira, mestre **Clarissa,** pelo apoio a realização do mestrado e todas as orientações que me ajudaram nessa caminhada.*

*À minha amada prima **Vera Lúcia, Rodrigo e Marcelo Trivellato,** pelo incentivo e ajuda no momento mais difícil.*

*À minha **equipe de trabalho,** que me proporcionou a oportunidade de me ausentar, em especial ao **Dr. André Luiz e Graciele**.*

*Aos meus **amigos**, que me mandavam mensagem de incentivo e carinho.*

*Aos meus **irmãos e meu pai,** pela compreensão às minhas ausências e carinhos recebidos.*

*À **equipe de profissionais** do local da pesquisa, pela colaboração na pesquisa.*

*À parceria **CAPES-COFEN,** pelo apoio financeiro que me proporcionou me qualificar como profissional e trazer uma reflexão para melhoria do serviço de saúde.*

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

*À **Secretaria de Saúde de Passos/MG**, por permitir eu realizar meu trabalho.*

"A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso."

(John Ruskin)

RESUMO

FERREIRA, A. P. **Registro da Assistência de Enfermagem em consultas a portadores de Diabetes Mellitus na Atenção Básica**. 2019. 108 p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A motivação para esta pesquisa surgiu após a identificação das dificuldades enfrentadas por enfermeiras da Atenção Básica, para reconhecer a importância da realização dos registros das consultas de enfermagem, o que resulta em deficiências no acompanhamento longitudinal dos usuários e fragmentação do cuidado. O objetivo do estudo foi analisar os registros de consultas de enfermagem aos usuários com diabetes mellitus (DM) nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), quanto às etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e descritivo, desenvolvido em município do interior do Estado de Minas Gerais. Foram analisados 310 prontuários de usuários com DM atendidos em 18 unidades de ESF por enfermeiros em consulta de enfermagem no período de janeiro a dezembro de 2017, selecionados por cálculo amostral aleatório, estratificado por unidades de saúde. Analisou-se uma consulta de enfermagem do ano referência, selecionando-se aquela que tivesse anotações mais completas. Os registros das consultas de enfermagem foram capturados por mídia digital e transcritos em planilha Excel contendo as informações para a caracterização do perfil sócio demográfico do usuário, Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Intervenção e Avaliação de Enfermagem. A análise de conteúdo foi orientada pelo Referencial Teórico do Processo de Enfermagem. Os resultados mostram maior incidência de DM tipo 2 em pessoas casadas, do sexo feminino, com predomínio da faixa etária acima de 60 anos e com baixa escolaridade. Observou-se ausência de anotações em todas as fases do PE. Na etapa do Histórico de Enfermagem foram identificados registros em 84,8% dos prontuários; na etapa Diagnóstico de Enfermagem 0,6%; na de Planejamento 95,8%; na Implementação 94,8% e na Avaliação 0,3% dos prontuários continham anotações. Na fase do histórico de enfermagem, os registros eram sucintos com informações clinicas mínimas e incompletas ou de cunho administrativo do HIPERDIA; os diagnósticos citados apresentavam alguma relação com as fases do histórico de enfermagem ou da implementação. Na etapa do planejamento predomina o registro de “orientações”, sem especificar os objetivos e metas e as ações de enfermagem planejadas para os portadores de DM. Na Implementação predominou “Renovação de receita”, procedimento administrativo para fornecimento de medicamentos de uso contínuo. A Avaliação é a etapa que menos apresentou anotações, revelando lacuna e necessidade de mudança no trabalho do enfermeiro para que o acompanhamento longitudinal seja o eixo do cuidado de enfermagem. Quanto ao nível de aplicação do Processo de Enfermagem, que expressa as etapas com registro, predominou o nível 2 em 77,4% dos prontuários, em que se constata registros apenas nas etapas histórico de enfermagem, planejamento e implementação. Tendo em vista a fragilidade das anotações de enfermagem, elaborou-se um roteiro orientador com o intuito de auxiliar os enfermeiros a registrar os dados prioritários que devem constar do Histórico de Enfermagem em consultas aos portadores de DM. Pretende-se que este roteiro seja apresentado à gestão do município para ser incorporado pela enfermagem, ofertando assim uma tecnologia para o trabalho do enfermeiro na atenção básica. Espera-se

que sua utilização impacte positivamente na qualidade do registro das consultas de enfermagem aos portadores de DM e no acompanhamento desse grupo populacional. Conclui-se que a análise dos registros das consultas de enfermagem aos usuários portadores de DM no município demonstra lacunas relevantes e identifica a necessidade de qualificação dessa prática pelos enfermeiros. Nesse sentido, a oferta dos conhecimentos produzidos no presente estudo e o instrumento elaborado para uso destes profissionais na Atenção Básica do município poderá fornecer subsídios à gestão municipal para a tomada de decisões relacionadas à reorientação das diretrizes da assistência de enfermagem nas unidades da rede de Atenção Básica e favorecer a educação permanente dos trabalhadores de enfermagem.

Palavras-chave: processo de enfermagem; diabetes mellitus; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

FERREIRA, A. P. **Register of the Nursing care in consultations with patients with diabetes mellitus in Primary Care**. 2019. 108 pages. Dissertation (Professional Master's) – Nursing School in Ribeirão Preto, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2019.

The reason of this research has come after the identification of the difficulties faced by the nurses in primary care, to recognize the importance of having the registers of the nursing appointments, what results in lack of the longitudinal following of the users and care fragmentation. The objective of the study was to analyze the appointment registers to the users with Mellitus Diabetes (MD) in the unities of Family Health Strategy, related to the steps of the Nursing Assistance Systemization. It is a documental study, retrospective and descriptive, developed in the countryside of Minas Gerais. The analysis consists of 310 patient records of users with MD who were seen in 18 unities of the Family Health Strategy by nurses in nursing appointments among the months of January to December in 2017, selected by random sample computation, rated by health unity. A nursing appointment of the reference year was analyzed, and the one which offered more complete details was selected. The registers of the nursing appointments were taken by digital media and transcribed to Excel worksheets with the information to the characterization of the socio-demographic profile of the user, nursing history, nursing diagnosis, planning, intervention, and nursing evaluation. The content analysis was directed by the Nursing Process Theoretical Reference. The results show more incidence of the MD type 2 in married people, female, older than 60 years old and low education levels. It was observed the lack of notes in every step of the PE. In the step of the Nursing History, registers were identified in 84,8% of the documents; in the nursing diagnosis step 0,6%; Planning 95,8%; in implementation step, 94,8% and in Evaluation, 0,3% of the documents had the notes. In the step of the Nursing Record, the registers were brief with clinical details which were minimal and incomplete or of HIPERDIA administrative purposes. The mentioned diagnosis presented some relation with the steps of the nursing records and implementation. In the planning step, the guiding registers are higher in number, without specifying the objectives and goals and nursing actions that were planned to the MD holders. In implementation, we had most of change of prescriptions, administrative procedures to provide drugs for continuous treatment. The evaluation round is the stage that has showed fewer notes, revealing a lack and need of change in the nursing job so that the longitudinal following can be the axis of the nursing care. Related to the level of implementation of Nursing Process which expresses stages with register, the type 2 predominated in 77,4% of the documents, in which is found register only in the steps of the nursing records, planning and implementation. Bearing in mind the fragility of nursing notes, a guide was created with the objective to help nurses to register the primary data which must be from Nursing Records in the appointments of MD patients. It is expected that this guide is presented to me city administration to be used by nurses as a way of technology to help the nursing job in primary care. It is expected that the use of this guide is a positive impact in the quality of nursing register of the appointments to the MD patients and in the following of this population group. It was concluded that the register analysis of the nursing appointments to the users who had MD in the city showed important gaps and identified the need of qualification of this practice by the nurses. Because of this, the offer of the knowledge gotten in this study and the instrument developed to the use of these professionals in the Primary Care of

the city can provide benefits to the city administration in the decision taken in decisions related to the reorientation of the guides of nursing assistance in the Primary Care unities and help the permanent education of nurses.

Keywords: nursing process; mellitus diabetes, health family strategy.

RESUMEN

FERREIRA, A. P. **Registro de sistematización de cuidados de enfermería en consultas con pacientes con diabetes mellitus en la atención primaria**. 2019. 108 p. Disertación (Maestría Profesional) – Escuela de Enfermeria de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

La motivación para esta investigación surgió después de identificar las dificultades que enfrentan las enfermeras de atención primaria, para reconocer la importancia de realizar registros de consulta de enfermería, lo que resulta en deficiencias en el seguimiento longitudinal de los usuarios y la fragmentación de la atención. El objetivo de este estudio fue analizar los registros de consultas de enfermería para usuarios con diabetes mellitus (DM) en unidades de la Estrategia de Salud Familiar (FHS), en relación con las etapas de la Sistematización del Cuidado de Enfermería. Este es un estudio documental, retrospectivo y descriptivo, desarrollado en un municipio del interior del estado de Minas Gerais. Analizamos 310 registros médicos de usuarios con DM tratados en 18 unidades de FHS por enfermeras en consulta de enfermería de enero a diciembre de 2017, seleccionados por cálculo de muestra aleatoria, estratificados por unidades de salud. Se analizó una consulta de enfermería del año de referencia, seleccionando la que tenía las notas más completas. Los registros de consulta de enfermería fueron capturados por medios digitales y transcritos en una hoja de cálculo de Excel que contiene la información para caracterizar el perfil sociodemográfico del usuario, el historial de enfermería, el diagnóstico de enfermería, la planificación, la intervención y la evaluación de enfermería. El análisis de contenido fue guiado por el Marco Teórico del Proceso de Enfermería. Los resultados muestran una mayor incidencia de DM tipo 2 en mujeres casadas, con un predominio del grupo de edad superior a 60 años y con baja educación. No se observó ninguna anotación en todas las fases del EP. En la etapa de Historia de Enfermería, se identificaron registros en el 84.8% de los registros médicos; en la etapa de Diagnóstico de Enfermería 0.6%; en Planificación 95.8%; en Implementación 94.8% y en Evaluación 0.3% de los registros contenían notas. En la fase de historia de enfermería, los registros fueron breves con información clínica mínima e incompleta o naturaleza administrativa de HIPERDIA; Los diagnósticos citados tenían alguna relación con las fases de la historia o implementación de enfermería. En la etapa de planificación, predomina el registro de "orientación", sin especificar los objetivos y metas y las acciones de enfermería planificadas para pacientes con DM. En la Implementación predominaba la "Renovación de recetas", procedimiento administrativo para el suministro de medicamentos para uso continuo. La evaluación es la etapa que presentó las notas menos, revelando una brecha y la necesidad de un cambio en el trabajo de las enfermeras para que el seguimiento longitudinal sea el eje del cuidado de enfermería. En cuanto al nivel de aplicación del Proceso de Enfermería, que expresa los pasos con el registro, el nivel 2 predominó en el 77.4% de los registros médicos, en el que los registros se registran solo en las etapas históricas de enfermería, planificación e implementación. Teniendo en cuenta la fragilidad de las notas de enfermería, se elaboró un guión guía para ayudar a las enfermeras a registrar los datos prioritarios que debe incluirse en el historial de enfermería en consultas con pacientes con DM. Se pretende que este guión se presente a la dirección de la ciudad para que lo incorpore la enfermería, ofreciendo así una tecnología para el trabajo de las enfermeras en atención primaria. Se espera que su uso tenga un impacto positivo en la calidad de los registros de consultas de enfermería para pacientes con DM y el

monitoreo de este grupo de población. Se concluye que el análisis de los registros de consultas de enfermería con usuarios de DM en la ciudad demuestra lagunas relevantes e identifica la necesidad de calificación de esta práctica por parte de las enfermeras. En este sentido, la oferta del conocimiento producido en el presente estudio y el instrumento diseñado para el uso de estos profesionales en la Atención Primaria del municipio puede otorgar subsidios a la gestión municipal para tomar decisiones, relacionadas con la reorientación de las pautas de atención de enfermería en las unidades de la red de Atención Primaria, y favorecer la educación permanente de los trabajadores de enfermería.

Palabras clave: Proceso de enfermería; Diabetes mellitus; Estrategia de Salud Familiar.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Região administrativa de Passos. SES/MG, IBGE, DATASUS, 2017..... 39

Figura 2 Taxa de Mortalidade geral da população residente no município de Passos por causa, no período de 2012 a 2016..... 42

Figura 3 Carimbo de orientação..... 60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Estratificação de risco indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção..... 31

Quadro 2 Parâmetros de assistência para os usuários com diabetes mellitus, por estrato e procedimento, na Atenção Primária à Saúde..... 32

Quadro 3 Morbidade Hospitalar por causas sensíveis a atenção ambulatorial nos residentes de Passos, período 2012 a 2016..... 43

Quadro 4 Nível de Aplicação do Processo de Enfermagem (NAPE). Hospital de ensino da região centro-oeste do Brasil (2014)..... 48

Quadro 5 Valores de pressão arterial registrados nas consultas de enfermagem..... 57

Quadro 6 Registro de valores glicêmicos nas consultas de enfermagem..... 58

Quadro 7 Exemplos de casos com as anotações nas etapas do Processo de Enfermagem..... 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Taxa de Mortalidade geral da população residente no município de Passos por causa, no período de 2012 a 2016 41

Tabela 2 Relação de unidades da estratégia saúde da família, total de portadores de diabetes mellitus cadastrados e distribuição da amostra nos estratos. Passos, 2017..... 46

Tabela 3 Distribuição da amostra segundo unidade de origem e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017..... 51

Tabela 4 Distribuição da amostra segundo sexo e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017..... 52

Tabela 5 Distribuição da amostra segundo faixa etária e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017..... 52

Tabela 6 Distribuição da amostra segundo escolaridade e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017..... 53

Tabela 7 Distribuição da amostra segundo estado civil e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017..... 53

Tabela 8 Presença de anotação de enfermagem segundo as etapas do Processo de Enfermagem. Passos – Minas Gerais, 2017. 54

Tabela 9 Distribuição da amostra segundo nível de aplicação do processo de enfermagem e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017..... 62

LISTA DE SIGLAS

AMG	Automonitorização da Glicemia
APAE	Associação de Pais Amigos dos Excepcionais
CAB	Caderno da Atenção Básica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial para atenção a usuários de álcool e drogas
CAPP	Centro de Aprendizagem Pro Menor de Passos
CNES	Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde
CE	Consulta de Enfermagem
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas Celina Coelho
CEREST	Centros de Referências Especializados em Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPES	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Índice de Massa Corporal
MP	Mestrado Profissional
NAE	Núcleo de Assistência em Estomaterapia
NAPE	Nível de Aplicação do Processo de Enfermagem
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Temo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
PE	Processo de Enfermagem
RAG	Relatório Anual de Gestão
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO..... 20

2. REFERENCAIL TEÓRICO..... 25

3. OBJETIVOS 35
3.1 Objetivo Geral 36
3.2 Objetivos Específicos..... 36

4. MATERIAL E MÉTODO..... 37
4.1 Tipo de Estudo..... 38
4.2 Local de Estudo..... 38
4.2.1 O Município de Passos..... 38
4.2.2 Aspectos epidemiológicos..... 40
4.2.2.1 Indicadores de Mortalidade e Morbidade..... 40
4.3 População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão..... 44
4.4 Análise dos Dados..... 47
4.5 Aspetos éticos..... 48

5. RESULTADOS..... 50

6. DISCUSSÃO..... 67

7. PRODUTO TECNOLÓGICO E APLICABILIDADE..... 83

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 89

REFERÊNCIAS..... 92

APÊNDICE..... 104

ANEXOS..... 106

APRESENTAÇÃO

Eu, no ensino médio, pude ter o prazer de ter uma excelente professora de Biologia que me levou a encantar por essa área. Assim que encerrei o ensino médio, prestei o vestibular e fui fazer Biologia devido a minha fascinação por essa área.

Na graduação, dedicava-me sempre às disciplinas como anatomia, fisiologia e outras ligadas à área de saúde.

Assim que me formei, fui fazer Biomedicina, pois meu interesse era essa área de saúde. Terminando, fui trabalhar na Santa Casa de Misericórdia de Passos no Laboratório de Análises Clínicas. Às vezes, tinha contato com pacientes na hora da coleta de material, porém meu desejo era poder ajudar e cuidar de todos eles. Na Biomedicina, o trabalho cotidiano se concentra mais na análise na análise do material coletado, sem contato direto com o paciente.

Visando meu aprimoramento, fiz duas pós-graduações na área da Biomedicina, mas minha inquietação só aumentou, pois o desejo de cuidar do paciente era maior

Entrei na graduação de Enfermagem, trabalhando como biomédica e a cada semestre me apaixonava mais pela profissão. Terminei a graduação e ali iniciava uma linda carreira de muita paixão pelo cuidar.

Encerrei meu ciclo de trabalho no Hospital para ir atuar na área da Enfermagem na Atenção Básica e iniciar um aprendizado diário na promoção de Saúde.

Trabalhando os grupos operativos, deparei-me com os portadores de Diabetes Mellitus e sempre me preocupava em como atuar de forma efetiva no auxílio para o autocuidado. Mas mudar a consciência dos portadores e ter uma consulta de enfermagem efetiva e com um olhar individualizado e global é algo que me levou ao questionamento: o que podemos fazer para conscientizar o portador de Diabetes sobre essa doença grave e silenciosa, que precisa de uma mudança de hábitos e de uma adaptação do paciente e da família.

Na Atenção Básica temos os grupos de Hiperdia, para dar orientações aos portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensos, contar com profissionais de diferentes áreas para ajudar a esclarecer o que pode ser mudado sem causar tanta resistência.

Foi quando esse desejo me despertou para a busca de estudar o que pode ser realizado pelo profissional da Enfermagem que, às vezes, esconde-se, deixando de lado sua real função.

Acredito que o tema sobre Diabetes Mellitus me fez buscar medidas

efetivas para uma melhora na consulta de enfermagem e no registro das ações realizadas. Pois, como eu tenho minha mãe com a patologia, vivencio as dificuldades e resistências enfrentadas devido à mudança de hábitos alimentares e na inclusão de atividade física.

Ter acesso ao mestrado profissional (MP) me mudou como profissional e como pessoa, pois aprendi ter uma visão individualizada e contínua do paciente.

Tive a oportunidade de entrar no MP, pois minha coordenadora na época a Enfermeira Clarissa, vendo minha preocupação com a melhoria na consulta de enfermagem ao portador de DM; apresentou-me o edital do processo seletivo do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Parceria Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Conselho Federal de Enfermagem, com foco na temática da sistematização da assistência de enfermagem.

Então, iniciei minha trajetória de ingressar no MP, para estudar a melhora na atuação como Enfermeira.

Tive como o privilégio de ter como orientadora a Dra. Sílvia que sempre me auxiliou na trajetória de escolha de como chegaria a escrever um tema que nos possibilita a repensar o que podemos melhorar em nosso trabalho diário.

A dissertação aqui apresentada que partiu da minha preocupação com o atendimento ao usuário com diabetes mellitus que precisa de uma consulta de enfermagem resolutiva e a fragilidade das anotações de enfermagem para um cuidado integral. Analisou as anotações de enfermagem contidas nos prontuários dos usuários com diabetes na atenção básica e se as etapas do processo de enfermagem foram contempladas. Seus resultados mostram a fragilidade dos registros das ações de enfermagem realizadas nas consultas o que pode prejudicar a atenção aos usuários de Diabetes Mellitus. Tais resultados motivaram a elaboração de um roteiro de coleta de dados para o auxílio do enfermeiro na etapa do Histórico de Enfermagem da Consulta de Enfermagem na Atenção Básica, informações que nomear diagnósticos mais precisos e elaborar ações para um cuidado integral e individualizado.

Desta forma, espera-se que com os resultados obtidos e com o produto apresentado, o roteiro, o estudo possam contribuir com a melhoria da prática de enfermagem e o cuidado ao portador de diabetes mellitus na atenção básica.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto a análise dos registros das consultas de enfermagem, com a atenção voltada para as anotações referentes às etapas do Processo de Enfermagem, de portadores de Diabetes Mellitus em acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No cotidiano do trabalho atuando como enfermeira, pude observar que há fragilidades quanto ao conteúdo das informações registradas, pois algumas vezes as intervenções não correspondem integralmente às anotações de enfermagem e ao real acompanhamento em sua rotina diária. A falta da informação completa dificulta a continuidade do cuidado, pois o enfermeiro tem que fazer a coleta de dados para dar início ao tratamento ao portador, sem ter como avaliar se assistência antes prestada poderia ser mantida ou reavaliada. O fato observado de anotações incompletas ou não realizadas pela equipe de enfermagem da ESF dificulta a realização de cuidados de enfermagem com qualidade na perspectiva da integralidade e do acompanhamento longitudinal, atributos da atenção primária à saúde que a estratégia saúde da família persegue (LIMA *et al*., 2018).

O problema identificado motivou o presente estudo, que se associou ao movimento de busca por aperfeiçoamento profissional, por meio da pós-graduação *stricto sensu*, para oferecer assistência de enfermagem mais qualificada aos portadores de Diabetes Mellitus em unidades de saúde da atenção primária. Considera-se que a análise das anotações de enfermagem contidas nos prontuários dos usuários atendidos pode nortear a qualificação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pela equipe de enfermagem e verificar se as intervenções prescritas vão ao encontro às necessidades dos usuários, famílias e comunidade.

Destaca-se a relevância da diabetes mellitus (DM) como problema de saúde da população. No Brasil, o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas, a DM constitui umas das áreas prioritárias para a atuação em todo território nacional estabelecida na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2013). Dentre as DCNT, aquela que possui destaque global é a DM, estimando-se que o número de pessoas com esta alteração de saúde, em todo o mundo, alcance 50 milhões em 2025 (BRASIL, 2013).

A diabetes tem um impacto em que se considera a sua elevada prevalência, e influente morbidade resultante de complicações agudas e crônicas, e elevados percentuais de hospitalizações e de mortalidade, gerando consideráveis prejuízos

econômicos e sociais (ISER *et al*., 2015).

A Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation – IDF,2015) traz uma estimativa que 415 milhões de pessoas com 20 a 70 anos, vivia com diabetes em 2015. Refere ainda que, se os dados persistirem, o número de pessoas com diagnóstico de diabetes em 2040 será de 642 milhões.

As complicações do diabetes são categorizadas como distúrbios microvasculares e macrovasculares, que resultam em retinopatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. A diabetes também tem sido responsabilizada por contribuir para agravos, direta ou indiretamente, no sistema musculoesquelético, no sistema digestório, na função cognitiva e na saúde mental, além de estar associada a diversos tipos de câncer (GREGG; SATTAR; ALI, 2016).

Nesse sentido, é essencial que o cuidado às pessoas acometidas por essa condição crônica seja planejado e implementado, considerando determinantes em saúde, bem como as necessidades e possibilidades individuais e do contexto familiar. Torna-se necessário a construção de espaços que contribuam para a evolução do cuidado de enfermagem junto às pessoas com diabetes, corroborando os princípios da Atenção Primária, associados às políticas de saúde vigentes, e que garantam o atendimento de modo resolutivo, acessível e longitudinal, respeitando a hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços. Deste modo, é possível que o enfermeiro imprima sua práxis com competência de modo a promover a integralidade da assistência.

Cabe ao enfermeiro estimular a autonomia da pessoa com DM, destacando a educação em saúde como tecnologia para a promoção do cuidado e prevenção de agravos, voltada ao protagonismo da pessoa que convive com o agravo crônico, promovendo o cuidado compartilhado. Nessa perspectiva, espera-se que a pessoa com DM reconheça os fatores de risco e aprenda a superar os problemas, sendo corresponsável pelo seu cuidado.

A educação em saúde constitui uma parte importante no tratamento do paciente com diabetes mellitus, sendo importante ação executada pela enfermagem, inclusive na consulta de enfermagem. O processo educativo viabiliza aos pacientes o acesso às ferramentas para desenvolvimento de habilidades, incluindo o autocuidado, com olhar para elevar o nível de conhecimento para o manejo da doença. A

aprendizagem dessas habilidades é apontada como estratégia efetiva para o fortalecimento da motivação para a continuidade do plano alimentar, estímulo de atividade física, autocuidado em relação aos pés, efetuação regular da glicemia capilar no domicílio, prevenção dos episódios de hipoglicemia e das complicações crônicas, assim como o manejo das doenças em situações especiais. Além disso, é essencial, a inclusão da família como unidade de cuidado (CHAGAS *et al*., 2013).

Estudo mostra a necessidade de ampliação das ações que visem a melhora do cuidado do enfermeiro à pessoa com diabetes no âmbito da atenção básica. Dessa forma, a consulta de enfermagem torna-se um elemento essencial, devendo, assim, ser realizada de forma sistematizada e resolutiva, corroborando os princípios da promoção da saúde e do cuidado integral (SILVA *et.al*., 2014).

O COFEN considera que há mais organização e qualidade na prestação da assistência quando os cuidados são padronizados. Para tanto, estabelece regulamentação que incumbe o enfermeiro de:

> a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas. (COFEN, 2009).

A SAE na saúde coletiva trará benefícios imensuráveis para a Enfermagem, já que possibilita a avaliação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais da família e coletividade, além de permitir que a autonomia e a participação resolutiva sejam vivenciadas por esses profissionais (ALVES *et al*., 2013).E é na consulta de enfermagem que ocorre a percepção das necessidades de cada indivíduo e se define as intervenções necessárias.

A enfermagem atua próximo ao usuário e uma de suas atribuições é informar sobre as possíveis complicações da doença e as formas de evitar, fazendo com que o usuário tenha uma qualidade de vida sem apresentar incapacidades futuras.

O portador de diabetes sofre, frequentemente, de complicações originadas dos maus hábitos de vida, principalmente pela alimentação inadequada e a falta de conhecimento sobre a doença. Uma das principais complicações é o pé diabético que pode ser evitado com alteração da alimentação (reduzindo o consumo de carboidratos

simples) e uso de calçado adequado. Outras consequências da DM são a perda da visão, insuficiência renal e as cardiopatias (PADILHA, *et al* 2017).

Assim, Santana, Araújo *et al.* (2016) ressaltam a importância dos registros de enfermagem, que afirmam que, as informações acerca das pessoas atendidas devem ser claras, objetivas, com descrição o mais completa possível, para que o enfermeiro e a equipe tenha elementos para realizar o monitoramento, a avaliação e o planejamento global e contínuo dos cuidados.

As anotações de enfermagem têm o objetivo de fornecer dados que subsidiarão o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição de enfermagem; permitindo refletir sobre os cuidados ministrados, sobre como o usuário responde a esses cuidados, tendo em vista os resultados esperados e desenvolvimento da evolução de enfermagem (COFEN, 2016), que no caso do cenário da atenção básica constitui o acompanhamento longitudinal.

Diante da complexidade do cuidado aos portadores da Diabetes Mellitus e da importância de se implantar a SAE na Atenção Básica, como um caminho para uma prática segura do exercício profissional (COFEN, 2009), surgem às questões: As anotações das consultas de enfermagem a portadores de diabetes mellitus em unidades de atenção primária em saúde contemplam as etapas do Processo de Enfermagem? Quais os diagnósticos e intervenções de Enfermagem mais comuns propostos nas consultas realizadas por enfermeiros a portadores de diabetes mellitus na atenção básica? Há conformidade entre as anotações de enfermagem, diagnóstico e intervenções de enfermagem?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) se refere à organização do processo de trabalho de enfermagem que lhe confere status de profissão pautada em normas e regras reguladas pela sociedade (GUITIÉRREZ; MORAIS, 2017). Envolve planejamento e gestão do cuidado na interface individual, coletiva e dos serviços de enfermagem (FERREIRA *et al.,* 2016).

A SAE organiza o trabalho da enfermagem, incluindo o Processo de Enfermagem, estratégia metodológica que sintetizam os elementos fundamentais para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem e a respectiva documentação.

Guitiérrez e Morais (2017, p. 458) diferenciam os termos SAE e PE: “dimensão atribuída ao conceito SAE, pelo órgão regulador de nossa profissão e por alguns estudiosos da enfermagem é bem mais ampla do que a do PE, sendo este um dos seus componentes”. As autoras também alertam para a utilização dos termos como sinônimos.

O PE envolve todas as categorias profissionais da enfermagem, sendo privativas do enfermeiro as etapas do diagnóstico e prescrição das ações ou intervenções de enfermagem (COFEN, 2009). Trata-se de trabalho orientado por racionalidade científica, apoiada em evidências que devem sustentar as ações de cuidado (GUITIÉRREZ; MORAIS, 2017).

O Art. 2º da Resolução COFEN 358/2009 o processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes:

> I – 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, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
> II – 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, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com os quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
> III – 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, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
> IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

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

Embora o PE tenha um formato bem estruturado, Alfaro-LeFevre (2005) o defendem como uma forma dinâmica de prestar o cuidado de enfermagem, sendo importante direcionar o cuidado para os resultados, buscando sempre novos e melhores modos de executa-lo.

Conforme descrito na resolução COFEN nº 427/2012, o registro do Processo de Enfermagem (PE) é obrigatório. Refere que se trata de dever e responsabilidade dos profissionais de enfermagem realizar o registro das informações acerca da pessoa a quem o profissional de enfermagem presta o cuidado, sendo essas informações inerentes ao PE, isto é, o profissional registra os dados específicos coletados, os diagnósticos enfermagem elaborados, as ações ou intervenções de enfermagem planejadas, e os resultados alcançados mediante a execução dessas ações de enfermagem. Os registros dessas informações podem ser realizados em prontuário escrito, em papel ou em meio eletrônico (COFEN, 2012).

E ainda, segundo a Resolução (COFEN 514/2016), os registros realizados nos prontuários apresentam caráter legal, podendo ser utilizado como documento de defesa dos profissionais, e devem apresentar também caráter de autenticidade. Os prontuários documento todo o trabalho realizado pela equipe de enfermagem, que, enquanto categoria devem valorizar suas ações voltadas para a segurança do paciente.

A documentação de enfermagem, inserida no prontuário do paciente é importante como fonte de ensino e pesquisa, servindo à auditoria, à avaliação do cuidado e às questões legais, o que determina a necessidade de conhecimento dos deveres e obrigações por parte dos profissionais de enfermagem (Coren/SP, 2009).

Então, as anotações de enfermagem devem conter todos os dados necessários para uma avaliação contínua da equipe de saúde, buscando prestar um atendimento completo e eficaz.

Os registros de enfermagem são de suma importância durante a assistência aos usuários, de modo que a inexistência de registro de atendimento é

uma falha constante da classe, o que desvaloriza o trabalho do enfermeiro, visto que o que não é registrado, não pode ser computado como realizado. A qualidade dos registros de enfermagem favorece a tomada de decisão pelo enfermeiro, que se baseará em julgamento clínico apoiado em informações coletadas, exame físico e evidências científicas documentadas por meio da aplicação do PE, reforçando o papel profissional e contribuindo para a sistematização da assistência de enfermagem (FERNÁNDEZ et.al., 2012).

A utilização dos registros de enfermagem possibilita um planejamento do cuidado e busca garantir a responsabilização da equipe diante dos problemas de saúde identificados. A SAE permite diagnosticar as necessidades do usuário, fazer a prescrição adequada dos cuidados e pode nortear a tomada de decisões vivenciadas pelo enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem, promovendo a autonomia da profissão (Silva, *et al*., 2011).

Apesar de ser parte integrante do cuidado de enfermagem, observa-se descaso da categoria enfermagem com os registros. Garcia (2016, p. 6) afirma:

> "descaso com o registro do processo de cuidado, seja no prontuário do paciente, ou em outros documentos próprios da Enfermagem, pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional e, por outro lado, em obstáculo para a avaliação de sua prática, o que é talvez mais sério, pois dificulta o avanço da ciência de Enfermagem."

A afirmação da autora confirma as preocupações que motivaram a realização da presente investigação, colocando o problema como um desafio:

> "o desafio de implementar o processo de cuidar em Enfermagem e de registrá-lo apropriadamente, de modo a gerar evidências sobre a eficácia e eficiência de nossas ações/intervenções, em todos os níveis da atenção à saúde das pessoas, famílias e coletividades humanas." (GARCIA, 2016, p. 6).

Além do problema do registro, outros desafios para a SAE encontrados na literatura foram: o conhecimento, o número de enfermeiros nos serviços de saúde, o envolvimento deles com o processo, a valorização por parte da administração da instituição, bem como os indicadores de resultado da assistência. Ao mesmo tempo, realizar esse processo requer do profissional base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no

assumir o cuidar do outro (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Henselmans *et al*. (2015) trazem estudo que confirma que o usuário acha mais fácil conversar com o enfermeiro; por achar que o mesmo terá mais tempo para a comunicação e que fornecerá orientação importante para seu autocuidado.

A utilização de método de trabalho na consulta de enfermagem demanda a adoção de alguma teoria de enfermagem e de sistemas de linguagem padronizada. A literatura aponta ao longo da história a existência de várias teorias de enfermagem e sistemas de classificações para a prática de enfermagem construída em diferentes países. No presente trabalho optou-se pela análise da aplicação do PE em consultas de enfermagem a portadores de diabetes mellitus.

Os enfermeiros, como membro da equipe multiprofissional, têm importante papel a desempenhar na atenção básica junto aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a hipertensão e diabetes (RADIGONDA *et al*., 2016).

A estruturação desse atendimento segue a lógica programática, que necessita ser superada para se afirmar como estratégia para o alcance da integralidade da atenção, alinhando-se às diretrizes das políticas públicas de saúde (AMARAL; ABRAHÃO, 2017).

A cobertura de consultas de enfermagem de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes ainda se apresenta crítica em algumas localidades, como demonstra estudo realizado em município do estado do Paraná (RADIGONDA; SOUZA; JUNIOR; SILVA, 2016).

Uma explicação para essa baixa cobertura de consultas de enfermagem é apontada por Silva *et al*. (2014), no caso da DM, é a “reduzida a quantidade de enfermeiros que realizam a consulta de enfermagem ao portador de diabetes na atenção básica”. Os autores ressaltam também que as ações ofertadas seguem a perspectiva do modelo biomédico. Tais achados preocupam, tendo em vista a importância dessa atividade, a CE, para a prevenção das complicações da doença, o fortalecimento da identidade profissional do enfermeiro como membro da equipe de saúde da família e a capacitação do usuário do serviço para o autocuidado (SILVA *et al*., 2014).

Estudo mostra a necessidade de ampliação das ações que visem a qualificação das práticas dos enfermeiros à pessoa com diabetes no âmbito da atenção básica. Neste cenário, a consulta de enfermagem vem se mostrando um

elemento essencial, especialmente com a estratégia saúde da família. (SILVA et.al., 2014).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) apresenta a consulta de enfermagem como uma das ações para rastreamento, diagnóstico e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus.

Destaca a avaliação inicial das pessoas que apresentam fatores de risco para dar andamento à investigação para diagnóstico da DM. Nessa consulta, a educação em saúde é fundamental para a orientação visando mudanças estilo de vida. O enfermeiro deverá abordar os fatores de risco para o desenvolvimento da DM e realizar também a estratificação de risco cardiovascular (BRASIL, 2013).

O acompanhamento longitudinal da pessoa portadora de diabetes mellitus é realizada segundo a estratificação de risco. De acordo com a Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica da Secretaria de Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013), as consultas de enfermagem aos portadores de DM acontecem semestralmente, alternadamente com atendimentos com médicos e enfermeiros.

Outras normativas orientam as práticas de atenção aos portadores de DM, como o Guia de orientações para atuação da equipe de enfermagem na atenção primária à saúde elaborado por equipe do Conselho Regional de Enfermagem do estado de Minas Gerais (PEDROSA; MATA; OLIVEIRA, 2017)

Em decorrência de a DM permanecer assintomática por longo tempo, os fatores de risco como hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade devem ser abordados pelas equipes da atenção básica e não apenas os sintomas da doença (BRASIL, 2013).

De acordo com os quadros retirados da Linha-guia (MINAS GERAIS, 2013) segue a classificação de risco para os portadores de Diabetes Mellitus que norteia os atendimentos e ações de cuidado de forma individualizada. Em casos de agudização de algum sintoma, é esperado que a equipe local elabore um plano de cuidado singularizado com a ajuda de toda equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Nessas recomendações a equipe encontra a estratificação de riscos dos portadores de Diabetes Mellitus que orienta a organização da atenção em rede, como segue no Quadro 01.

Quadro 1 - Estratificação de risco indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção

Risco	Critérios: controle glicêmico – HbA1c -, complicações e capacidade para o autocuidado
Baixo	● Glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose (pré-diabetes) ou ● Diabético com Hb1Ac <7%, capacidade de autocuidado suficiente e ✔ Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e ✔ Ausência de complicações crônicas vasculares
Moderado	● Diabético com HbA1c < 7% e capacidade de autocuidado Insuficiente ou ● Diabético com Hb1Ac entre <7% e 9%. Em qualquer uma das opções deve ser somada a ✔ Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e ✔ Ausência de complicações crônicas vasculares
Alto	● Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado suficiente e/ou ● Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses com capacidade de autocuidado suficiente e/ou ● Presença de complicações crônicas vasculares com capacidade de autocuidado suficiente
Muito Alto	● Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado insuficiente e/ou ● Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou ● Presença de complicações crônicas vasculares com capacidade de autocuidado insuficiente

Onde: HbA1c = hemoglobina glicosilada.
Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013 e do Grupo [AP2] Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.

Com relação aos parâmetros de referência adotados pelos profissionais de saúde para a assistência dos usuários portadores de DM, a Linha Guia apresenta uma estratificação e os respectivos procedimentos recomendados, como mostra o Quadro 02.

Quadro 2 - Parâmetros de assistência para os usuários com diabetes mellitus, por estrato e procedimento, na Atenção Primária à Saúde

Procedimento previsto	**Estratos**			
	Baixo	**Médio**	**Alto**	**Muito Alto**
Consulta Médica	2 / anos	3 / anos	3 / anos	3 / anos
Consulta odontológica	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica
Consulta de Enfermagem	2 / anos	3 / anos	2 / anos	2 / anos
Avaliação do pé diabético	1 / ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 / ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 / ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 / ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)
Grupo Operativo*	2 / anos	3 / anos	3 / anos	4 / anos
Visita Domiciliar pelo ACS	6 / anos	12 / anos	18 / anos	24 / anos
Eletrocardiograma	1 / 2 anos	1 / ano	1/ ano	1 / ano
Fundoscopia**	1/ 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano

*Cada grupo operativo é executado minimamente em quatro sessões. **Especialmente na ausência da retinografia sem contraste e com avaliação anterior sem achados significativos. Fonte: Linha Guia SES/MG, 2013.

A linha-guia seguida na AB no município de Passos-MG traz os procedimentos que devem ser seguidos de acordo com a classificação de risco realizada pelo enfermeiro na consulta de enfermagem, e nortear as orientações e o planejamento do cuidado.

O autocuidado pode ser um fator limitante para atingir uma melhora na condição crônica do usuário, pois necessita da assumpção, pelo portador de DM, de decisão e atitude de mudança concreta em seus hábitos de vida e alimentares. No

primeiro momento o enfermeiro vai planejar junto com o usuário as ações que irão nortear as novas atividades diárias. Pode haver alguns momentos de dificuldades de atingir alguns objetivos que na avaliação o enfermeiro tem a oportunidade de junto com usuário refazer o planejamento e avaliar se o usuário não está desanimando ou abandonando o tratamento.

No entanto, a consulta de enfermagem encontra-se muito centrada no modelo centrado na doença e as ações educativas focadas na transmissão de conhecimentos, sem considerar as características individuais de cada pessoa, seus conhecimentos, habilidades e modos de existência. Nesse contexto, estudo mostra que 90% dos participantes de uma pesquisa portadores de DM desconheciam seu tipo de diabetes. Esse mesmo grupo, com relação ao conhecimento sobre os cuidados para o controle da doença, parte dos participantes relataram dieta, cuidado com os pés, exercícios físicos e administração de medicamentos. Chama atenção, que apesar de 16 participantes saberem da importância da dieta, por exemplo, somente duas delas relataram seguir rigorosamente as recomendações e sete disseram não seguir nenhuma dieta (ALENCAR *et al*., 2017).

Os reflexos da situação acima referida podem ser explicitados por meio do estudo que analisou os fatores associados ao controle glicêmico em portadores de DM. A investigação demonstrou que o tratamento e o controle da doença das pessoas acompanhadas em unidades da rede básica estudadas não estavam apresentando resultados esperados. “Sete em cada dez pessoas apresentavam exame com alteração” (ROSSANEIS *et al*., 2019, p. 1001)

O cenário apresentado de baixa adesão dos portadores de DM às recomendações de autocuidado desafiam os enfermeiros a buscar práticas que alcancem resultados mais promissores quanto ao empoderamento do usuário a manejar seu tratamento medicamentoso e não medicamentoso, bem como a adquirir habilidades necessárias para sua autonomia e conscientização para incorporação de hábitos saudáveis adequados a sua condição de saúde (IQUIZE *et al*.,2017; LIRA NETO *et al*., 2017).

O estudo de Orlow, Wolf, MS, 2007 traz a vínculo de alfabetização em saúde aos resultados de seu autocuidado; pois quando o usuário sabe sobre sua patologia consegue fazer as perguntas certas sobre suas dúvidas e a baixa alfabetização causa uma maior dependência em relação as intervenções prescritas.

As atividades educativas que promovem maior interatividade, com atividades didáticas diversificadas, com uso de alternativas audiovisuais, informativas e práticas alcançam bons resultados (IQUIZE *et al*., 2017).

A perspectiva das práticas dialógicas são as mais coerentes com a emancipação dos usuários, no entanto, se contrapõe às ações programáticas prescritivas de condutas saudáveis hegemonicamente realizadas pela enfermagem (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012; BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Assim, os enfermeiros necessitam de conhecimentos e habilidades para aplicação de estratégias pedagógicas que possam se adequar às necessidades das pessoas portadoras de DM, seja para abordagens individualizadas em consultas de enfermagem, em família nos serviços de saúde ou no domicílio e também em grupos e equipamentos da comunidade em atividades de promoção da saúde (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

As lacunas de referenciais conceituais e metodológicos necessários para a promoção da autonomia do usuário para o controle de sua doença apontam para prioridades a serem consideradas para educação permanente dos enfermeiros, assim como os aspectos mais específicos das intervenções clinicas da diabetes mellitus e da sistematização da assistência de enfermagem.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar os registros de consultas de enfermagem a usuários com Diabetes Mellitus quanto às etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

3.2 Objetivos Específicos

1) Identificar se as etapas de SAE foram contempladas nos registros das consultas de enfermagem como coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

2) Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais comuns registrados nas consultas de enfermagem a portadores de diabetes mellitus.

3) Avaliar se as queixas dos portadores de diabetes mellitus anotadas, as ações implementadas e a avaliação de enfermagem guardam coerência entre si.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e descritivo. Segundo Gil (2009), a pesquisa documental apresenta uma série de vantagens: a de se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados; não exige contato com sujeitos da pesquisa, pois em muitos casos, o contato com os sujeitos é difícil ou até impossível e a informação proporcionada pelo sujeito não será prejudicada pelas circunstâncias que envolvem o contato.

O mesmo autor se refere ainda que as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2009). Pesquisas desse tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade. Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, e pretendem determinar a natureza dessa relação.

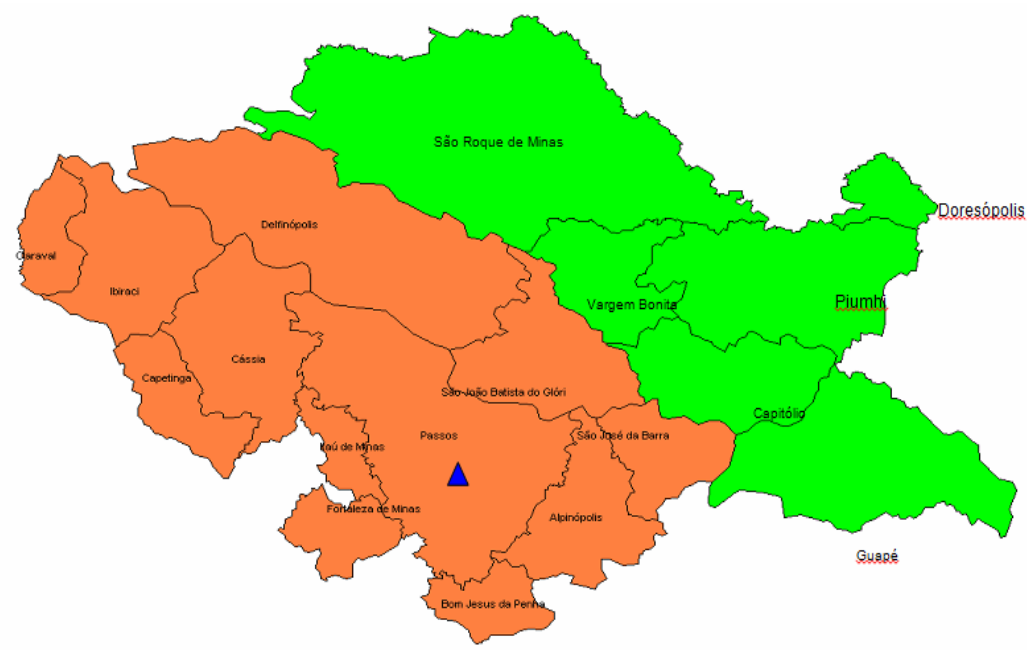
O estudo será retrospectivo, uma vez que buscará compreender o fenômeno por meio dos registros de consultas de enfermagem já realizadas.

4.2 Local de estudo

4.2.1 O município de Passos

O estudo foi desenvolvido no município de Passos, este se situa ao Sul do Estado Minas Gerais, com uma área aproximada de 1.338,070 km² e uma população de 114.458 pessoas (estimativa para o ano de 2017) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). É considerada a 4ª cidade do Sul/Sudoeste Mineiro onde a economia se baseia principalmente na agropecuária e no agronegócio, em pequenas indústrias de confecções e de móveis, e a 26ª do Estado. Apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 2010 de 0,756, ocupando o 33º lugar do Estado de Minas Gerais (PASSOS, 2017).

Figura 1 – Região administrativa de Passos



Fonte: SES/MG, IBGE, DATASUS, 2017

O município pertence à macrorregião de Saúde Sul do Estado de Minas Gerais e à Microrregião de Saúde Passos/Piumhi, que abrange 18 municípios e população de 275.600 habitantes (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O município conta com 104 bairros, onde estão distribuídas as unidades de saúde da rede municipal.

A rede municipal de saúde está constituída por 27 Centro de Saúde / Unidade Básica, dentre elas 19 são Unidades de Saúde da Família (USF) que ofertam a Estratégia de Saúde da Família por meio de 23 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) cadastradas, 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendem no modelo tradicional de atenção básica.

O município responde também pela gestão exclusiva de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e II) e outro Centro de Atenção Psicossocial para atenção a usuários de álcool e drogas (CAPS-AD) ; uma Central de Regulação do Acesso; 19 consultórios isolados (17 consultórios odontológicos, situados em escolas

da rede estadual de ensino, 01 no Sindicato dos Empregados da Prefeitura de Passos 01 no Centro de Aprendizagem Pro Menor de Passos (CAPP); uma Central de Gestão em Saúde (Secretaria Municipal de Saúde); uma Unidade de Vigilância em Saúde e duas Unidades Móvel de Nível Pré Hospitalar na área de Urgência – Serviço de Atendimento Municipal de Urgência, (Passos, 2018).

Dentre os estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) sob gestão estadual encontram-se uma Clínica/Centro de Especialidade (Hemominas); uma Central de Gestão em Saúde (sede da Superintendência Regional de Saúde de Passos) e uma Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado) Laboratório de Patologia Sudoeste Mineiro (PASSOS, 2017).

Por último, os estabelecimentos de saúde cadastrados na dupla gestão encontram-se alguns serviços de atenção secundária; 6 Clinicas/Centro de especialidades: Associação de Pais Amigos dos Excepcionais (APAE), Centro de Especialidades Odontológicas Celina Coelho (CEO), Centros de Referências Especializados em Saúde (CEREST), Núcleo de Assistência em Estomaterapia (NAE) e Amb. N Sra Aparecida; um hospital geral (Santa Casa); 2 policlínicas (Dr. Antônio Carlos Piantino e Ambulatório Escola); uma unidade de pronto atendimento (UPA); uma unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado) (Lab. Microlabor) e um Centro de Saúde/Unidade Básica (Presidio).

4.2.2 Aspectos epidemiológicos

4.2.2.1 Indicadores de Mortalidade e morbidade

As doenças do aparelho circulatório no município de Passos, no período de 2012 a 2016 representaram uma média de 23,72% dos óbitos, apresentando-se como a primeira causa de mortalidade entre seus moradores. O Plano Municipal de Saúde (PASSOS, 2017) aponta que esse agravo acompanha as tendências do estado de Minas Gerais, em que este grupo de doenças também se constitui a primeira causa de mortalidade.

Observa-se movimento nas segunda e terceira posição entre as causas de mortalidade, entre neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Ocorreu neste

período um aumento nos índices de neoplasias, que até 2013, ocupava a terceira posição entre as causas de mortalidade e a partir de 2014, ultrapassou as doenças do aparelho respiratório, passando a ocupar a segunda posição, sendo responsável em 2016 por 19,55% dos óbitos ocorridos no município.

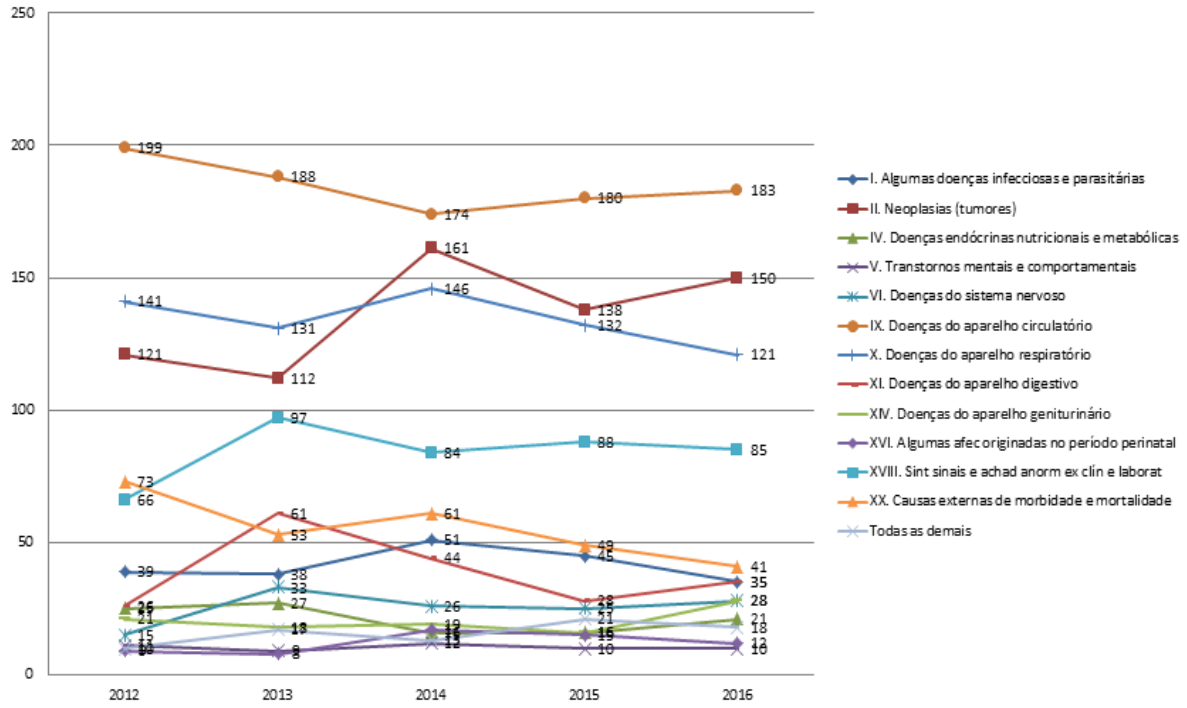
No grupo de causas IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, dentre as quais se inclui a diabetes, apresentou oscilação que merece atenção, com leve aumento entre 2012 e 2013, 25 e 27 % respectivamente, queda no ano seguinte para 16%, que se manteve em 2015. No entanto, em 2016 registra-se novo aumento do indicador, para 21%.

Tabela 1 - Taxa de Mortalidade geral da população residente no município de Passos por causa, no período de 2012 a 2016.

Causa (Cap. CID 10)	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	39	38	51	45	35
II. Neoplasias (tumores)	121	112	161	138	150
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	25	27	16	16	21
V. Transtornos mentais e comportamentais	11	9	12	10	10
VI. Doenças do sistema nervoso	15	33	26	25	28
IX. Doenças do aparelho circulatório	199	188	174	180	183
X. Doenças do aparelho respiratório	141	131	146	132	121
XI. Doenças do aparelho digestivo	26	61	44	28	35
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	21	18	19	16	28
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	9	8	17	15	12
XVIII. Sint sinais e achadanormexclín e laborat	66	97	84	88	85
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	73	53	61	49	41
Todas as demais	10	17	13	21	18
Total	**756**	**792**	**824**	**763**	**767**

Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES/MG, 2017

Figura 2 - Taxa de Mortalidade geral da população residente no município de Passos por causa, no período de 2012 a 2016.



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES/MG, 2017

A morbidade das internações hospitalares relativas às condições sensíveis à atenção primária em saúde constitui-se um indicador indireto do acesso e da efetividade da atenção primária em intervir oportunamente. A DM constitui-se uma dessas condições, listadas por grupo de causas, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2008).

O Quadro 3 apresenta a morbidade hospitalar por causas sensíveis a atenção primária, no período de 2012 a 2016, em que se observa como primeira causa, a insuficiência cardíaca.

Quadro 3 – Morbidade Hospitalar por causas sensível a atenção ambulatorial nos residentes de Passos, período 2012 a 2016.

	2012	2013	2014	2015	2016
Proc realiz [2008+	n'	n'	n'	n'	n'
0301060010 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA PEDIATRICA	13	8	16	8	14
0301060070 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	4	3	0	3	3
0301060088 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA	77	62	52	38	35
0303010037 TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	7	10	12	23	7
0303010061 TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E INTESTINAIS	63	61	45	40	21
0303010126 TRATAMENTO DE INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO PREDOMINANTEMENTE SEXUAL (	8	6	17	21	13
0303020059 TRATAMENTO DE ANEMIAS NUTRICIONAIS	19	9	16	12	5
0303030020 TRATAMENTO DE DESNUTRICAO	41	37	24	19	12
0303030038 TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS	96	94	78	56	41
0303030046 TRATAMENTO DE DISTURBIOS METABOLICOS	26	23	14	15	9
0303040149 TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUEMICO OU HEMOR	141	147	138	146	139
0303040165 TRATAMENTO DE CRISES EPILETICAS NAO CONTROLADAS	23	27	25	22	13
0303040211 TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	7	4	3	0	1
0303040297 TRATAMENTO DE PROCESSO TOXI-INFECCIOSO DO CEREBRO OU DA MEDULA ESF	0	0	0	1	1
0303050136 TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS	0	1	1	0	0
0303060107 TRATAMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA	47	18	27	17	13
0303060115 TRATAMENTO DE DOENCA REUMATICA C/ COMPROMETIMENTO CARDIACO	0	0	0	0	0
0303060123 TRATAMENTO DE DOENCA REUMATICA S/ CARDITE	1	0	1	0	0
0303060131 TRATAMENTO DE EDEMA AGUDO DE PULMAO	25	15	13	16	21
0303060182 TRATAMENTO DE HIPERTENSAO SECUNDARIA	1	0	0	0	0
0303060212 TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA	319	267	232	205	186
0303060263 TRATAMENTO DE PE DIABETICO COMPLICADO	11	1	5	4	5
0303060280 TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA	107	116	85	123	157
0303070064 TRATAMENTO DE DOENCAS DO ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO	1	6	2	1	2
0303070102 TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO DIGESTIVO	36	25	36	35	24
0303080060 TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS	0	5	6	5	11
0303080078 TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS	1	2	0	1	2
0303100044 TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	4	11	2	10	20
0303140046 TRATAMENTO DAS DOENCAS CRONICAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	159	105	98	87	86
0303140070 TRATAMENTO DE DOENCA DO OUVIDO EXTERNO MEDIO E DA MASTOIDE	2	0	2	1	0
0303140100 TRATAMENTO DE INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS SUPERIORES	10	10	5	2	7
0303140143 TRATAMENTO DE OUTRAS INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	44	40	27	33	27
0303140151 TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	29	23	13	4	8
0303150025 TRATAMENTO DE DOENCAS GLOMERULARES	1	0	0	0	0
0303150033 TRATAMENTO DE DOENCAS INFLAMATORIAS DOS ORGAOS PELVICOS FEMININOS	1	4	7	4	3
0303150050 TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO URINARIO	57	91	39	58	41
0305020013 TRATAMENTO DA PIELONEFRITE	65	50	78	59	46
0308040015 TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICC	1	1	0	0	0
0403010306 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	1	0	1	0	1
0407010130 GASTRECTOMIA PARCIAL C/ OU S/ VAGOTOMIA	0	0	1	0	0
0407010190 GASTRORRAFIA	1	1	1	0	0
0407040013 DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO	1	0	1	0	0
0407040030 DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL	1	0	3	0	0
0407040170 LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA PARA DRENAGEM E/OU BIOPSIA	1	0	0	0	0
0408050012 AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES	5	3	1	1	1
0408050020 AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO	5	3	3	0	2
0408060042 AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	0	3	4	5	0
0409060216 OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	0	1	0	0	0
0409060232 SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	0	1	1	1	2
0409070190 MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTOLIN	0	0	0	0	2
0412040166 TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	2	0	0	0	0
0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	7	11	15	24	20
0415040027 DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	3	10	15	12	12
Total	**1474**	**1315**	**1165**	**1112**	**1013**

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH, 2017

Nota-se que esse número de internação por Diabetes Mellitus apresenta queda no período, de 96% em 2012 para 41% em 2016. No entanto, são relevantes as internações para tratamento do pé diabético complicado, o que indica a necessidade de ampliar e melhorar o acesso ao sistema de saúde, a realização precoce do diagnóstico, além do acompanhamento regular dos portadores de DM, visando a qualidade da assistência prestada nos pontos de atenção básica.

O município conta com 914 usuários com diabetes mellitus cadastrados

para acompanhamento pelas ESF e para monitoramento da glicemia capilar, sendo portadores de Diabetes tipo 1 e tipo 2.

Os parâmetros assistenciais para os hipertensos e diabéticos são recomendações da Secretaria da Saúde/MG para a gestão da clínica e foram baseados em evidências e/ou experiências clínicas consensuadas por um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde, incluindo médicos especialistas, sanitaristas e representante da Associação Mineira de Médicos de Família e Comunidade (SES/MG, 2013).

4.3 População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão.

A fonte de dados foram os prontuários de usuários portadores de diabetes mellitus atendidos por enfermeiros (as) em consulta de enfermagem no período de janeiro a dezembro de 2017.

Foram incluídos prontuários de portadores de diabetes mellitus que passaram por consulta de enfermagem no ano de 2017, de acordo com a lista de cada unidade de ESF presentes na SMS/Passos. Foram excluídos os prontuários daqueles que não foram atendidos por enfermeiros em consulta de enfermagem no período estabelecido.

Determinação do tamanho amostral

O plano amostral adotado foi a Amostragem Aleatória Estratificada com alocação proporcional por Unidades de Saúde (19 Unidades). A fórmula para o cálculo do tamanho amostral é dada por:

$$n = \frac{z^2_{\alpha/2} N(1-P)}{\varepsilon^2 P(N-1) + z^2_{\alpha/2}(1-P)} \qquad (1)$$

onde o *P* representa a prevalência do evento de interesse, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro relativo de amostragem.

Se o tamanho amostral calculado pela expressão dado em (1) for maior do que 10% da população o seguinte procedimento de correção finita é adotado.

$$nc = \frac{n}{\left(1+\frac{n}{N}\right)} \qquad (2)$$

Onde N é o tamanho total da população de estudo e n é o valor obtido em (1).

A prevalência tomada como base para o cálculo amostral foi assumida desconhecida. Bussab e Bolfarine (2005), com o intuito de se obter uma estimativa conservadora de tamanho amostral, sugere o valor de prevalência de 50%, que resulta em um tamanho amostral que contemple qualquer valor de P.

A amostra foi alocada proporcionalmente entre os *H* estratos segundo a fórmula,

$$n_h = n\frac{N_h}{N}$$

onde *N* é o total populacional de Prontuários das Unidades de Saúde (*N*=914), e N_h é total de cada estrato *H.* Os totais populacionais encontram-se na tabela x.

Adotando-se o parâmetro de erro relativo de 10%, nível de significância de 5%, prevalência de 50% em cada estrato e a população total de 914 prontuários, obteve-se um total de 310 prontuários a serem analisados. A distribuição em cada estrato encontra-se no Tabela 2. O programa adotado para o cálculo amostral foi o R (R Core Team, 2017) versão 3.4.1.

Tabela 02 – Relação de unidades da estratégia saúde da família, total de portadores de diabetes mellitus cadastrados e distribuição da amostra nos estratos. Passos, 2017.

Unidade de Estratégia Saúde da Família	**Nº de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados**	**Amostra de prontuários a serem analisados**
Unidade 1	52	21
Unidade 2	66	17
Unidade 3	49	16
Unidade 4	64	18
Unidade 5	59	18
Unidade 6	55	19
Unidade 7	41	18
Unidade 8	47	18
Unidade 9	57	21
Unidade 10	49	0
Unidade 11	59	20
Unidade 12	22	10
Unidade 13	57	24
Unidade 14	36	18
Unidade 15	47	10
Unidade 16	47	18
Unidade 17	39	17
Unidade 18	26	11
Unidade 19	42	16
Total	**914**	**310**

A escolha do total de prontuários de cada estrato foi por sorteio aleatório, e no caso de o prontuário indicado não ser encontrado na unidade, este foi substituído pelo prontuário de número imediatamente seguinte.

A consulta aos prontuários foi realizada nas unidades de saúde. A pesquisadora, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, entrou em contato com as ESF para programar a coleta dos dados. Para tanto, os registros relativos às consultas de enfermagem dos prontuários sorteados foram capturados por mídia digital tipo tablete e, em momento posterior, os dados foram transcritos em planilha específica da coleta, pela própria pesquisadora. Em casos em que o usuário

apresentava mais de uma consulta de enfermagem no ano de 2017, foi escolhida a anotação com maior número de informações registradas. Apenas a Unidade 10, não foi possível a coleta de dados, pois o enfermeiro não autorizou.

Foram capturados dados relativos a cada etapa do processo de enfermagem, se estavam presentes ou não e o texto descritivo correspondente. Ressalta-se que alguns dados como idade, sexo, escolaridade, estado civil, foram obtidas na ficha de identificação do prontuário por serem relevantes para caracterização da população. Não houve registro do nome, endereço do usuário.

Cada prontuário consultado foi identificado pela letra “P”, seguida de número sequencial crescente: P1, P2, P3, sucessivamente.

Assim, a planilha para coleta de dados foi construída com os seguintes dados para o desenvolvimento da pesquisa: nº unidade, nº prontuário, data de nascimento do usuário, sexo, estado civil, escolaridade, tipo de DM, histórico de enfermagem ou coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação e alguns dados clínicos: peso, estatura, IMC, glicemia e pressão arterial (APÊNDICE A).

4.4 Análise dos Dados

Os dados relativos à caracterização da população, assim como os relativos à presença de registros nas etapas do Processo de Enfermagem foram submetidos a análise quantitativa descritiva simples.

Para a análise do PE utilizou-se a proposta de classificação do Nível de Aplicação do Processo de Enfermagem (NAPE). Trata-se de indicador que expressa o número de etapas do PE efetivadas pelo enfermeiro no atendimento a determinado indivíduo, em tempo e local definidos, cuja classificação apresenta seis níveis, conforme quadro utilizado em hospital de ensino da região Centro-Oeste (PEREIRA, 2014) adaptado de apresentado por Pereira, Coelho e Bachion (2016).

Quadro 4 - Nível de Aplicação do Processo de Enfermagem (NAPE).

NAPE		Descrição
Nível 0		Não foi registrada etapa alguma do Processo de Enfermagem (PE).
Nivel 1	Subnível A	Registrado apenas a Coleta de dados (CD).
	B	Registrado apenas a Prescrição (Pr).
	C	Registrado apenas a CD e a Pr.
Nível 2		Registrado apenas a CD, Pr e Implementação da Assistência (IA).
Nível 3		Registrado apenas a CD, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Pr e IA.
Nível 4		Registrado apenas a CD, DE, Meta e/ou objetivos (M/O), Pr e IA.
Nível 5		Registrado todo o PE: CD, DE, M/O, Pr, IA e Avaliação (A).
NA		Nenhuma das Anteriores.

Fonte: Hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil (2014); Pereira, Coelho e Bachion (2016).

Assim, esse indicador foi utilizado com o objetivo de quantificar as etapas do PE que foram realizados nas consultas aos portadores de Diabetes Mellitus na consulta de enfermagem do presente estudo.

As anotações textuais foram analisadas segundo abordagem qualitativa, por meio de análise de conteúdo, tendo por referência o processo de enfermagem aplicado a portadores de diabetes mellitus.

4.5 Aspectos Éticos

O desenvolvimento do estudo observou os princípios expressos na Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Após obter a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Passos-MG para o desenvolvimento do estudo, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e aprovado em 28 de Novembro de 2018, protocolo: CAAE 98370718.2.0000.5393 (ANEXO B).

Foi obtida dispensa do Temo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dos usuários e enfermeiros, pois apesar de a pesquisa utilizar prontuários de portadores de diabetes mellitus atendidos na Estratégia de Saúde da Família, os dados de interesse eram anotações referentes a consultas de enfermagem, já ocorridas em tempo anterior sem qualquer identificação do usuário. Além disso, o grande número de prontuários poderia dificultar a operacionalização da investigação, caso tivesse que localizar cada usuário em seu domicílio. Do mesmo modo não houve identificação dos enfermeiros que fizeram as anotações de enfermagem, podendo por vezes, esse profissional não se encontrar mais em atividade naquela ESF ou mesmo na rede municipal de saúde do município. Também não houve identificação das unidades, apenas por números arábicos sequenciais mantendo apenas a categorização das etapas do Processo de Enfermagem: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.

Os possíveis riscos para os usuários e enfermeiros que atenderam os portadores de diabetes mellitus em consulta de enfermagem seriam sua identificação, mas ressalta-se o compromisso das pesquisadoras com o sigilo, confidencialidade e guarda dos dados e destruição dos arquivos de imagem assim que os dados estiverem digitados. A digitação foi realizada em ambiente restrito e os dados foram manuseados somente pelas pesquisadoras.

Os benefícios para os usuários e enfermeiros são indiretos, na forma de possíveis mudanças na forma de atendimento dos usuários e no processo de trabalho dos profissionais decorrentes dos conhecimentos produzidos pelo presente estudo.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três conjuntos. O primeiro diz respeito à caracterização da população do estudo; o segundo se refere à análise da presença de registros nas etapas do processo de enfermagem e respectiva análise de conteúdo das anotações de cada etapa do PE e o terceiro conjunto de resultados traz a análise da coerência entre as etapas do PE.

Dentro do primeiro conjunto de resultados apresenta-se a distribuição dos 310 prontuários analisados de usuários portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1 e Tipo 2, que passaram por consultas de enfermagem no período de janeiro a dezembro de 2017, segundo as 18 unidades de saúde que participaram do estudo, como mostra a Tabela 3.

Apenas uma Unidade não participou do estudo, pois não houve liberação da Enfermeira responsável para a coleta de dados.

Observa-se percentuais predominantemente entre 71,4 e 90,5% de usuários com DM tipo 2 nas unidades de saúde, e em duas unidades o percentual é de 100% nesta condição e em outras duas unidades os valores oscilam entre 63,6 e 68,8%.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo unidade de origem e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017.

Unidade	**Tipo de DM**					
	Tipo 1		**Tipo 2**		**Total**	
	N	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1	3	13,6	19	86,4	21	100
2	1	5,9	16	94,1	17	100
3	3	18,7	13	81,3	16	100
4	2	11,1	16	88,9	18	100
5	2	11,1	16	88,9	18	100
6	3	15,8	16	84,2	19	100
7	0	0	18	100	18	100
8	2	11,1	16	88,9	18	100
9	2	9,5	19	90,5	21	100
11	2	10,0	18	90,0	20	100
12	2	28,6	7	71,4	10	100
13	2	8,3	22	91,7	24	100
14	2	11,1	16	88,9	18	100
15	1	8,3	09	91,7	10	100
16	0	0	18	100	18	100
17	1	5,9	16	94,1	17	100
18	4	36,4	7	63,6	11	100
19	5	31,3	11	68,8	16	100
Total	**37**	**13,2**	**273**	**86,8**	**310**	**100**

Fonte: a autora.

Com relação à caracterização do perfil dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2, tem-se predomínio do sexo feminino (63,5%); faixa etária com maior ocorrência foi em idosos acima de 61 anos, com 53,3%, com relevância também a faixa entre 51 e 60 anos (25,2%); usuários casados (65,5%) e com escolaridade de nível de ensino fundamental (67,1%), como segue apresentado nas Tabelas 4, 5, 6 e 7.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo sexo e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017.

Sexo	**Tipo DM**					
	Tipo 1		**Tipo 2**		**Total**	
	N	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**
Feminino	25	61,0	172	63,9	197	63,5
Masculino	16	39,0	97	36,1	113	36,5
Total	**41**	**100,0**	**269**	**100**	**310**	**100**

Fonte: a autora.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo faixa etária e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017.

Faixa etária	**Tipo DM**					
	Tipo 1		**Tipo 2**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
≤ 20 anos	5	12,2%	1	0,4%	6	1,9%
De 21 a 30 anos	8	19,5%	6	2,2%	14	4,5%
De 31 a 40 anos	9	22,0%	9	3,3%	18	5,8%
De 41 a 50 anos	4	9,8%	25	9,3%	29	9,4%
De 51 a 60 anos	8	19,5%	70	26,0%	78	25,2%
De 61 a 70 anos	2	4,9%	85	31,6%	87	28,1%
De 71 a 80 anos	3	7,3%	53	19,7%	56	18,1%
≥ 81 anos	2	4,9%	20	7,4%	22	7,1%
Total	**41**	**100,0%**	**269**	**100,0%**	**310**	**100,0%**

Fonte: a autora.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo escolaridade e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017.

Escolaridade	**Tipo DM**					
	Tipo 1		**Tipo 2**		**Total**	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**
Fundamental (1ª. - 4ª.)	9	22,0	128	47,6	137	44,2
Fundamental (5ª. – 8ª.)	10	24,4	61	22,7	71	22,9
Ensino médio	19	46,4	28	10,5	47	15,2
Ensino Superior	1	2,3	4	1,4	5	1,6
Analfabeto	2	4,9	48	17,8	50	16,1
Total	**41**	**100**	**269**	**100**	**310**	**100**

Fonte: a autora.

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo estado civil e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017.

Estado Civil	**Tipo DM**					
	Tipo 1		**Tipo 2**		**Total**	
	N	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Solteiro/Divorciado	25	61,0	33	13,4	58	19,7
Casado/Amasiado	14	34,1	189	70,3	203	65,5
Viúvo	2	4,9	44	16,4	46	14,8
Total	**41**	**100**	**269**	**100**	**310**	**100**

Fonte: a autora.

O segundo conjunto de resultados refere-se à caracterização da presença de registros das etapas do Processo de Enfermagem e apresentação da análise de conteúdo do texto das anotações realizadas pelos enfermeiros nas consultas.

A Tabela 8, a seguir, apresenta a presença ou não de anotações em cada etapa do PE, sendo elas: Histórico de Enfermagem ou Coleta de dados; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Tabela 8 – Presença de anotação de enfermagem segundo as etapas do Processo de Enfermagem. Passos – Minas Gerais, 2017.

Etapa do Processo de Enfermagem			Tipo DM		Total
			Tipo 1	Tipo 2	
Histórico de Enfermagem	Com anotação	n	33	230	263
		%	80,5	85,5	84,8
	Sem anotação	n	8	39	47
		%	19,5	14,5	15,2
Diagnostico de Enfermagem	Com anotação	n	0	2	2
		%	0,0	0,7	0,6
	Sem anotação	n	41	267	308
		%	100,0	99,3	99,4
Planejamento de Enfermagem	Com anotação	n	40	257	297
		%	97,6	95,5	95,8
	Sem anotação	n	1	12	13
		%	2,4	4,5	4,2
Implementação	Com anotação	n	35	259	294
		%	85,4	96,3	94,8
	Sem anotação	n	6	10	16
		%	14,6	3,7	5,2
Avaliação de Enfermagem	Com anotação	n	0	1	1
		%	0,0	0,4	0,3
	Sem anotação	n	41	268	309
		%	100,0	99,6	99,7

Fonte: a autora

Histórico de Enfermagem

Nesta etapa, as anotações aparecem em 263 (84,8%) prontuários de forma, às vezes, muito suscinta e, em outras, apresentam-se sem descrever e detalhar informações que levem à caracterização e entendimento do estado de saúde do usuário, do que se trata sua queixa ou demanda.

Em 47 (15,2%) prontuários não se identificou anotação referente ao Histórico de Enfermagem do usuário que veio para a consulta de enfermagem.

Por sua vez, a análise de conteúdo aponta três aspectos que se destacaram nesta etapa do Histórico de Enfermagem: os prontuários sem informações, os prontuários com informações clínicas e os registros administrativos do HIPERDIA.

Prontuários sem informações. Destaca-se o elevado número de consultas

de enfermagem sem registro de qualquer informação acerca da pessoa, seus antecedentes pessoais e familiares, queixas atuais, hábitos e rotinas de vida, fatores de risco, trabalho, escolaridade , lazer, percepção sobre a DM e tratamento prescrito e informações do exame físico.

Prontuários com informação clínicas. Em grande parte das consultas constava no histórico de enfermagem informações mínimas, com textos semelhantes aos que seguem:

> *Sem queixas no momento. (P05)*
>
> *Acamada, sem queixas no momento. (P60).*

Identificou-se consultas em que no registro constavam algumas informações acerca da condição física do usuário, como demonstram os exemplos:

> *HIPERDIA, risco alto, sem queixas no momento. Forneço receita e orientações. (P34)*
>
> *Risco alto, sem queixas no momento. Feito orientações, exame pé diabético, obeso. (P25)*
>
> *Paciente para consulta de HIPERDIA, sem queixas no momento e apresentando HAS no momento, oriento sobre uso da medicação. Nega tabagismo, uso de bebida alcoólica e atividade física. (P57)*

Registros administrativos do HIPERDIA. Neste grupo de consultas de enfermagem foram incluídos os registros que apresentavam caráter administrativo do HIPERDIA, isto é, as informações eram relativas ao cadastro para receber o glicosímetro e os insumos para controle de glicemia capilar, como por exemplo:

> *Recadastrar paciente para entrega de fitas. DM, HAS e SM. (P152)*
>
> *Recadastrar paciente para entrega de fitas, DM e epilepsia. (P161)*

Também foram identificadas situações de usuários que compareceram à consulta, entregaram a planilha de controle glicêmico mensal, e nas anotações do enfermeiro constavam apenas a entrega do documento, sem qualquer observação

acerca dos valores e da presença de alterações dos níveis glicêmicos.

Paciente traz controle de glicemia capilar. (P205)

Paciente veio para consulta traz controle de glicemia capilar. (P213)

Esse controle trazido pelo paciente é citado pelo enfermeiro na anotação da consulta como uma ação que o usuário deve realizar. Destaca-se que esse controle se torna prejudicado pela constante falta de insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, embora não se tenha encontrado prontuário com esse registro de falta dos insumos, e assim, não se pode afirmar se as ações e cuidados prescritos contemplaram a importância da automonitorização.

Buscou-se também nos prontuários o registro de dados clínicos que devem ser mensurados e analisados durante a consulta, dentre eles, peso, Índice de Massa Corporal (IMC), pressão arterial (PA) e glicemia capilar. No entanto, encontrou-se elevado número de consultas de enfermagem em que esses dados não contavam nas anotações dos prontuários. Vale ressaltar que o município não conta com protocolo ou instrumentos específicos, mas orienta aos enfermeiros o uso da Linha Guia Diabetes e Hipertensos da SES-MG (SES-MG, 2013).

O registro do peso do usuário esteve presente em apenas 30 (9,7%) prontuários e nos demais 280 (90,3%) prontuários não se encontrou este dado.

Com relação ao registro da estatura e do IMC nos prontuários analisados, estas informações não foram encontradas, apesar da relevância dos mesmos para a estratificação de risco do paciente o que direciona a conduta do tratamento.

O registro da pressão arterial no momento da consulta de enfermagem foi encontrado em 53 (17,1%) prontuários, sendo que em alguns casos ocorreu a anotação de um valor alterado, mas não foi encontrado o registro da ação do enfermeiro diante da informação obtida.

O Quadro 5 apresenta os valores de pressão arterial registrados, a classificação correspondente e o número de prontuários no mesmo enquadramento. Destaca-se a ocorrência de 7 prontuários de portadores de DM com pressão arterial correspondente aos estágios 2 e 3.

Quadro 5 – Valores de pressão arterial registrados nas consultas de enfermagem.

Classificação	Valores limítrofes	n de prontuários com registro de PA
Ótima	<120 e <80	8
Normal	<130 e <85	6
Limítrofe	130-139 e 85-89	13
Hipertensão estágio 1	140-159 e 90-99	19
Hipertensão estágio 2	160-179 e 100-109	6
Hipertensão estágio 3	> ou = 180 e > ou = 110	1

Fonte: a autora.

É relevante destacar também que em 257 prontuários, que representam 82,9% dos analisados, a informação Pressão Arterial não foi encontrada, sendo que consta na diretriz estadual (MINAS GERAIS, 2015) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) que as unidades precisam fazer no mínimo a triagem com o que tem disponível no momento da consulta.

A informação sobre a glicemia capilar não foi encontrada nos registros das consultas de enfermagem analisadas em 256 (82,6%) prontuários, estando presente em apenas 54 (17,4%) prontuários (Quadro 06).

Quadro 6– Registro de valores glicêmicos nas consultas de enfermagem

Valores Glicêmicos		Tipo DM		Total
		Tipo 1	Tipo 2	
Com anotação	n	8	46	54
	%	19,5	17,1	17,4
Sem anotação	n	33	223	256
	%	80,5	82,9	82,6
Total	**n**	**41**	**269**	**310**
	%	**100**	**100**	**100**

Fonte: a autora.

Nos prontuários, havia o registro de glicemia realizada sem jejum. Os valores glicêmicos registrados apontam 21 prontuários com glicemia até 180 mg/dl (meta esperada para glicemia pós-prandial) e em 33 prontuários os valores estavam acima de 180 mg/dl, alguns com valores muito elevados.

Diagnóstico de Enfermagem

De acordo com a Tabela 7, anteriormente apresentada, na etapa Diagnóstico de Enfermagem (DE) identificou-se apenas 2 (0,6%) prontuários com indicação DE e nos demais 308 (99,4%) prontuários, em nenhum momento, o enfermeiro propôs diagnóstico a partir de algum problema ou queixa trazida pelo usuário.

Apesar de o DE ser essencial para a prescrição de cuidados que a enfermagem irá implementar, a ausência do registro é o principal achado na análise de conteúdo.

Reproduz-se a seguir as duas anotações nos prontuários que aparecem como diagnóstico:

Risco aumentado para pé diabético e obesidade. (P25)

DM descompensada. (P169)

Planejamento de Enfermagem

Trata-se de importante etapa da consulta de enfermagem, onde deve constar o planejamento das próximas ações a serem implementadas. A análise demonstrou presença de registro em 297 (95,8%) prontuários, e 13 (4,2%) deles não apresentavam anotações que pudessem ser identificadas como relacionadas ao Planejamento de Enfermagem.

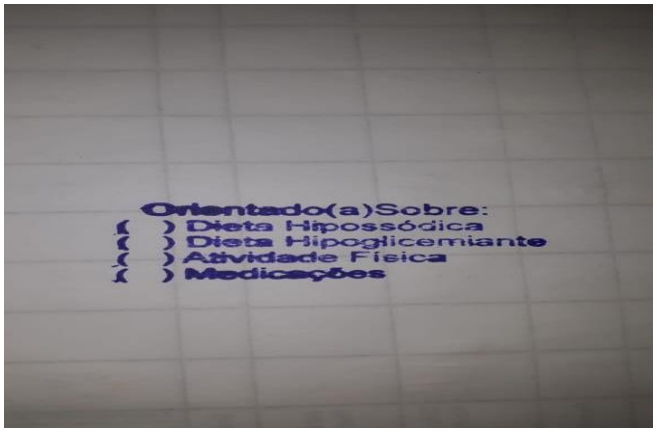
Na análise de conteúdo das anotações, chama a atenção a presença recorrente da anotação com apenas “Orientações”, nas quais não se encontrava detalhamento do que foi planejado, não havendo especificações de metas e/ou objetivos a alcançar ou direcionamentos para os atendimentos futuros.

Implementação

Na etapa de Implementação, as anotações foram identificadas em 294 prontuários, correspondendo a 94,8%, demonstrando que os enfermeiros têm dado prioridade a este registro. Em 16 (5,2%) prontuários não aparece essa informação (Tabela 7).

Por meio da análise de conteúdo, detectou-se que “Orientações” também foi a anotação mais presente como implementação nos prontuários, com algumas especificações em alguns casos, muito simplificadas: “Orientações sobre a dieta ou sobre atividade física”. Além disso, em parte deles, identificou-se que o registro era feito por meio de carimbo, em que era assinalada a natureza da orientação realizada, quanto a dieta, hipossódica ou hipoglicêmica, atividade física e medicações (Figura 3), porém sem descrição de forma narrativa da informação realmente trabalhada com o portador de DM.

Figura 3 – Carimbo de orientação



Destaca-se a predominância do registro “Renovação de Receitas”, expressando a execução de procedimento administrativo para fornecimento de medicamentos de uso contínuo. A situação levanta a questão da perda da oportunidade de realizar uma consulta de enfermagem resolutiva, com o intuito de promover uma conscientização do usuário acerca de seu tratamento, pois fica presa a um fazer burocrático orientado pelo modelo biomédico.

Outra anotação identificada com frequência, refere-se aos

encaminhamentos para avaliação médica. Em alguns casos, a ação implementada ocorreu devido a uma glicemia capilar ou uma pressão arterial alterada no momento da consulta de enfermagem, como mostram os exemplos:

Encaminho para avaliação médica. (P78)

Renovação de receitas e encaminhado para avaliação médica. (P116)

Visita domiciliar e encaminhada para avaliação médica. (P169)

Observou-se, também, anotações relativas às Visitas Domiciliares (VD) realizadas aos pacientes que fazem parte do grupo de HIPERDIA e que não podem ter sua consulta de enfermagem na Unidade, devido a sua condição clínica e dificuldades de locomoção. No entanto, não há qualquer informação acerca da família, das condições do domicílio e de hábitos de vida.

VD, renovação de receitas e agendamento de visita domiciliar (P32).

Avaliação de Enfermagem

Trata-se da etapa da consulta de enfermagem, em que o enfermeiro tem a oportunidade de avaliar se sua prescrição do cuidado foi seguida e se precisa de alguma mudança e/ou adaptação, para que ocorra o êxito e permanência do tratamento. A Tabela 7, já apresentada, mostra que essa informação foi encontrada em apenas 1 (0,3%) prontuário e de forma bem sucinta. Na maioria de 309 (99,7%) prontuários ela não aparece.

A única anotação da enfermagem identificada nos registros dos prontuários analisados referente à avaliação fez apreciação da prescrição de cuidado realizado em consulta.

Não há relato de melhora. (P61)

A análise do conjunto, atendendo ao objetivo de identificar se as etapas do Processo de Enfermagem, foram contempladas nos registros das consultas de enfermagem foi realizada por meio da avaliação do Nível de Aplicação do Processo de Enfermagem (NAPE) (PEREIRA, 2014; PEREIRA, COELHO, BACHION, 2016).

Como já descrito no método, trata-se de classificação que foi utilizada para indicar o número de etapas documentadas pelo enfermeiro durante a consulta a portadores de Diabetes Mellitus.

Ressalta-se que o Nível 0 não se aplica no presente estudo, pois um dos critérios de inclusão foi a existência de consulta de enfermagem, detectada pelo registro da mesma.

Os resultados da análise do NAPE das consultas a portadores de DM seguem apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo nível de aplicação do processo de enfermagem e tipo de Diabetes Mellitus. Passos – Minas Gerais, 2017.

NAPE	**Tipo DM**					
	Tipo 1		**Tipo 2**		**Total**	
	N	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Nível 1 A	0	0,0	2	0,6	2	0,6
Nível 1 B	9	2,9	39	12,7	48	15,5
Nível 1 C	4	1,3	13	4,2	17	5,5
Nível 2	28	9,0	212	68,4	240	77,4
Nível 3	0	0,0	2	0,6	2	0,6
NA	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Total	**41**	**13,2**	**269**	**86,8**	**310**	**100,0**

Nível 1A - Registra apenas Histórico de Enfermagem
Nível 1B - Registra apenas a Prescrição de Enfermagem
Nível 1C - Registra apenas Histórico e Prescrição de Enfermagem
Nível 2 - Registra Histórico de Enfermagem, Prescrição e Implementação
Nível 3 - Registra Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Implementação da Assistência
NA – Não se aplica, outras combinações de registros
Fonte: a autora

Destaca-se, na Tabela 08, a predominância do nível 2 (77,4%) em que há registro do histórico de enfermagem, planejamento/prescrição de enfermagem e implementação, porém sem o diagnóstico de enfermagem. Destaca-se, também, os prontuários classificados como nível 1B (15,5%), em que se encontrou apenas a prescrição de enfermagem. Apenas um prontuário com anotação da avaliação de enfermagem foi encontrado na análise dos registros de enfermagem. A quase inexistente presença de registro de diagnóstico e de avaliação de enfermagem, resultou na não identificação de aplicação do processo de enfermagem de nível 4

(Registra histórico de enfermagem, diagnostico de enfermagem, metas e/ou objetivos, prescrição de enfermagem e implementação da assistência) e de nível 5 (Registra histórico de enfermagem, diagnostico de enfermagem, metas e/ou objetivos, prescrição de enfermagem, implementação da assistência e avaliação).

A perspectiva da coerência entre as etapas do PE entre si com relação ao conteúdo das anotações segue apresentada, a partir da análise de prontuários que apresentaram nível 2 do NAPE, dos 2 prontuários que apresentaram diagnóstico de enfermagem e do prontuário que apresentou registro da avaliação de enfermagem.

A qualidade das informações disponíveis nos prontuários dificultou a análise da coerência entre as etapas do processo de enfermagem.

A coleta de informações para caracterizar o problema do usuário é bastante reduzida, não se identificou descrição detalhada da queixa e dados da observação e mensurações que fornecessem indícios do raciocínio clínico do enfermeiro durante a consulta. Em alguns casos, identificou-se alguma coerência entre as etapas (Quadro 7).

Quadro 7 – Exemplos de casos com as anotações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Caso	Histórico de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem	Planejamento	Implementação	Avaliação
P25 masculino, 73a, divorciado, ensino médio	risco alto, sem queixas no momento, feito orientações, exame pé diabético, obeso. IMC, Peso, glicemia capilar, PA – sem anotação	risco aumentado para pé diabético e obesidade	orientações	avaliação dos pés e renovação de receitas	não consta
P169 – sexo masculino, 64a, casado, ensino fundamental (1ª a 4ª)	Curativo em estomaterapia. IMC, Peso, glicemia capilar, PA – sem anotação	DM descompensada	orientação	visita domiciliar e encaminhado para avalição médica	não consta
P61 – sexo feminino, 46a, solteira, ensino médio	Paciente diabética, queixando de incomodo na região vaginal, ardência e dor. diurese normal. Avaliada hoje na santa casa. IMC, Peso, glicemia capilar, PA – sem anotação	Sem informação	Orientações e tratamento com creme vaginal	Avaliar após 7 dias	Não há relato de melhora
P1, unidade 1 – sexo feminino, 29a, solteira, ensino médio	Paciente traz tabela de controle glicêmico, relata não fazer atividade física IMC, Peso – sem anotação Glicemia capilar: 257 mg/dL PA: 130X80 mmHg	Sem informação	Orientações	Renovação de receitas	Não consta
P284, unidade 18 – feminino, 56, casada, fundamental (5-8)	Relata a perda de receitas IMC, Peso, glicemia capilar, PA – sem anotação	Sem informação	Orientações sobre dieta	Renovação de receitas	Não consta

Fonte: a autora.

No caso P25, nas anotações do Histórico de Enfermagem, diagnostico de enfermagem e implementação observa-se o problema do pé diabético como objeto de atenção do enfermeiro, embora a falta de informações mais detalhadas fragiliza a coerência do raciocínio clínico que possivelmente subsidiaram as hipóteses, as associações com as evidências para a proposição do planejamento, que não foi registrado, e para a tomada de decisão. Neste mesmo caso, outra informação, “obeso”, embora sem anotação de peso, estatura, IMC e circunferência abdominal, foi observada no Histórico e no diagnóstico, mas se perdeu na sequência do PE.

No caso 169, o nexo entre as etapas do PE pode ser verificável apenas entre o diagnóstico de enfermagem: “DM descompensada” com a ação implementada de encaminhamento para avaliação médica. Não consta registro do valor de glicemia mensurado que possibilitou este diagnóstico.

No caso 61, as etapas registram a ocorrência de incômodo na região vaginal, em que se percebe uma descrição quanto a características, um raciocínio voltado para o aparelho geniturinário – diurese normal. O que consta como planejamento – tratamento com creme vaginal, não informa se se trata da prescrição de profissional da Santa Casa, local em que havia sido atendida no mesmo dia. Da mesma forma, a avaliação registrada não informa se o relato de não melhora refere-se à avaliação da usuária em relação à conduta da Santa Casa.

No caso P1, constam duas informações acerca da glicemia, no entanto, não há diagnóstico e as anotações do planejamento de enfermagem e implementação por serem muito reduzidas, não fornecem informações para o acompanhamento longitudinal do usuário.

No caso P285, o atendimento se volta para a providência de nova receita da prescrição de medicamentos que fora perdida.

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa foi realizada a partir de informações de portadores de Diabetes Mellitus que estavam cadastrados em unidades da estratégia saúde da família do município de Passos e que estavam em atendimento no período estipulado para a coleta de dados.

A lista apresentada pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) com usuários diabéticos tipo 1 e tipo 2, cadastrados nas unidades de ESF foi o ponto de partida da investigação. Ela demonstra que o município possui informações sobre a população e seus agravos (PASSOS, 2017).

Na presente pesquisa, registrou-se predomínio de portadores de DM tipo 2, com 86,8% do total dos participantes. Resultado semelhante foi obtido em estudo realizado no estado do Piauí que apontou 75,4% das pessoas cadastradas no HIPERDIA acometidos por DM tipo 2 (FILHO *et al*. 2017)

A atenção básica no Brasil está estruturada a partir de uma base territorial, isto é, as equipes de saúde devem trabalhar em um território para estruturar as ações para intervir sobre a saúde da população dessa mesma área (BRASIL, 2017). Assim, conhecer a população e sua caracterização instrumentaliza as equipes de referência e a gestão municipal a planejar ações segundo as necessidades de saúde e problemas da comunidade.

O rastreamento das doenças não transmissíveis é preocupação das autoridades nacionais, que propõe plano estratégico de intervenção. A diabetes é apresentada como uma das quatro doenças principais a serem priorizadas no referido plano, além dos fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade (BRASIL, 2011).

O trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da atenção básica com portadores de doenças crônicas pode ser monitorado por meio das internações por condições sensíveis à atenção primária. Estudo realizado no Rio Grande do Sul sobre o perfil epidemiológico das doenças não transmissíveis identificou as mortes por doenças crônicas evitáveis consideradas sensíveis às ações da atenção primária, em população entre 20 e 74 anos de idade, no período de 2001 a 2010. A investigação demonstrou o impacto da implementação de equipes de saúde da família na região na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária (MEDEIROS *et al*., 2018).

Inquérito de base populacional encontrou prevalência de DM autoreferido em população brasileira adulta de 7,5%, em 2008. No mesmo estudo, a DM mostrou-

se associada a fatores como idade (maior ou igual a 40 anos), obesidade, sedentarismo, altos níveis de colesterol e hipertensão arterial (FLOR; CAMPOS, 2017).

A ocorrência maior em população feminina encontrada no presente estudo se assemelha ao apontado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), bem como os resultados encontrados por Flor e Campos (2017).

A predominância da prevalência de DM das faixas etárias 51 a 60 anos (25,2%) e de acima de 60 anos (53,3%) expressam o envelhecimento da população e os reflexos dos fatores associados como a prevalência da obesidade, sedentarismo e as condições da vida urbana (FILHO *et al.*, 2017; FLOR; CAMPOS, 2017).

Estudo sobre adesão de portadores de DM ao tratamento medicamentoso aponta a idade como uma barreira, tendo em vista as interferências de alterações cognitivas e funcionais que podem comprometer a capacidade de autocuidado (THURSTON *et al.,* 2015).

Esse dado deve ser objeto de atenção da enfermagem ao planejar suas atividades de promoção de saúde e de prevenção de complicações para os portadores de DM, de modo a lembrar que a pessoa idosa pode não compreender as orientações e sair da consulta sem questionar o que foi lhe informado. Uma vez sensibilizada, cabe à enfermagem adequar as ações às potencialidades e limitações do usuário (IQUIZE *et al.,* 2017).

Nesta pesquisa, foi encontrado outro dado importante que pode influenciar nas ações de educação em saúde, isto é, 44,2% dos portadores de DM pesquisados têm de 1 a 4 anos de estudo.

Essa característica do grupo populacional estudado é relevante para a equipe organizar suas ações. Pessoas analfabetas ou com baixa escolaridade apresentaram maior prevalência de DM duas vezes maior que as pessoas com mais de oito anos de estudo (FLOR; CAMPOS, 2017).

Além disso, nível de escolaridade é apontado em estudos como um fator que dificulta a adesão ao tratamento por portadores de DM, na perspectiva do profissional, muito embora nem sempre considerado como informação importante a ser conhecida no momento da anamnese (PRADO; SOARES, 2015; LIRA NETO, 2017).

O estudo de Sampaio *et al*. (2015) permite compreender melhor os efeitos da baixa escolaridade na realização das ações de controle a serem incorporadas pelo

portador de DM. O letramento ou alfabetização funcional em saúde deve abarcar a capacidade de a pessoa aplicar a habilidade de leitura e escrita em atividades relacionadas à saúde. Além do letramento, o numeramento – habilidade de fazer cálculos matemáticos – também é importante para o autocuidado, interpretação dos resultados da glicemia, manejo dos medicamentos, especialmente a insulina, adequação da alimentação, entre outros.

Assim, conhecer as características da população a ser assistida e do território em que atuam as equipes da atenção básica é fundamental para planejar as intervenções de saúde visando a qualidade de vida e melhora dos indicadores de saúde.

Nesse contexto, a enfermagem ocupa papel social estabelecido por normas técnico-científicas e do exercício profissional.

As atribuições do enfermeiro da atenção básica estão apresentadas na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017), em que constam além das atribuições que são comuns a todos os trabalhadores, aquelas que são específicas, dentre as quais, destacamos a atenção a indivíduos, famílias e grupos em todos os ciclos da vida, nos serviços de saúde, domicílio ou em espaços da comunidade; a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames e prescrição de medicamentos, seguindo protocolos e diretrizes técnicas estabelecidas oficialmente pelas instâncias de gestão da saúde.

As ações de enfermagem voltadas para intervir sobre a ocorrência da DM envolvem a população em geral, com ações de promoção da saúde e as pessoas que já apresentam esse diagnóstico. O acolhimento (SANTOS *et al.,* 2018), atividades de educação em saúde voltadas para a mudança de estilo de vida (TESTON *et al.,* 2018), visitas domiciliárias (SOUZA *et al.,* 2017), ações interdisciplinares e consultas de enfermagem (SILVA *et al.,* 2018) devem ser ofertadas à população (BRASIL, 2013; MINAS GERAIS, 2015).

O Ministério da Saúde apresenta no Caderno da Atenção Básica (CAB) 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013) as competências do enfermeiro para a realização da consulta de enfermagem na avaliação inicial de pessoas que apresentam fatores de risco. Essa avaliação visa identificar a existência de problemas de saúde associados e se o caso necessita de tratamento imediato ou investigação. É esperado, também, que o enfermeiro faça a consulta de acompanhamento ao portador de DM, voltada para o

empoderamento do usuário, para o autocuidado e manejo de sua doença (MAYS, 2015; TESTON *et al.,* 2017).

A consulta de enfermagem é realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (COFEN, 2009), que na atenção básica dedica-se fortemente ao processo de educação em saúde para auxiliar o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, alcançando bons resultados clínicos, como mostra o estudo de Teston *et al.* (2017).

Na etapa histórica de enfermagem do PE, espera-se que alguns aspectos sejam contemplados, tais como: identificação, antecedentes familiares e pessoais, queixas atuais, história sobre diagnóstico e tratamento prévio, percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado, medicamentos utilizados, hábitos de vida e identificação de fatores de risco, tendo como cenário o domicílio dos usuários/família e a comunidade em que vivem e trabalham (BRASIL, 2013).

Na pesquisa, observa-se um grande número de prontuários sem registro relativo ao histórico de enfermagem. O fato é bastante preocupante, pois nessa etapa o enfermeiro tem oportunidade de entender a rotina da pessoa que está atendendo e alinhar as estratégias com as outras etapas do PE para dar continuidade ao cuidado. A ausência de registro ou registros incompletos não permitem afirmar se houve ou não a investigação e a coleta das informações pertinentes, apenas que não foram documentadas e que o fato não permite o acompanhamento longitudinal e a atenção integral, atributos fundamentais da atenção primária em saúde (STARFILED, 2002) e estruturante da estratégia saúde da família (BRASIL, 2017).

O exame físico também não foi adequadamente registrado nos prontuários como parte da consulta de enfermagem. Informações essenciais não foram encontradas, o que levanta questão acerca da formação, conhecimento e habilidade dos enfermeiros para sua realização, assim como outros fatores relacionados que contribuem para o desempenho inadequado do enfermeiro, tais como a precarização das condições de trabalho e a organização das rotinas de trabalho pouco adequada (AZEVEDO *et al.,* 2013)

O exame físico tão importante na consulta de enfermagem pode ser facilmente realizado seguindo o protocolo apresentado no CAB nº 36 (BRASIL, 2013) onde consta itens fundamentais para o exame em portador de diabetes: verificação da altura, peso, circunferência abdominal e IMC, frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, exame da cavidade oral, ausculta cardiopulmonar, avaliação da pele

quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas, avaliação dos membros inferiores, especialmente dos pés. No caso das mulheres, o enfermeiro deve se atentar também à avaliação ginecológica.

Silva *et al.* (2018, p. 3284) apresentam experiência de ensino em cenário de prática da atenção básica, baseada na metodologia da problematização e na SAE: “a CE desenvolvida segundo os protocolos do MS possibilitou o desenvolvimento do cuidado de enfermagem qualificado, com a segurança necessária, unindo as evidências que guiam os protocolos”. O investimento por parte das universidades para adequação do ensino às novas demandas dos serviços de saúde e da população, como a relatada, são positivas para que no futuro a enfermagem amplie o impacto de sua atuação, uma vez que prepara os estudantes para a realidade que encontrarão nos serviços de saúde.

A efetivação das recomendações propostas pelo Ministério da Saúde em consultas de enfermagem a portadores de DM na atenção básica foi objeto de análise de investigação conduzida por Silva *et al.* (2014), no estado do Piaui. As consultas a pessoas com DM não eram rotineiramente agendadas, mas o foram para a realização do estudo. Com relação à etapa de histórico de enfermagem, chama atenção o fato de também apresentarem consultas sem registros. Informações sobre atividade física, hábitos alimentares, sintomas de hipoglicemia ou hiperglicemia, aferição de pressão arterial, cálculo de IMC e realização de glicemia capilar foram observados em mais de 60% dos atendimentos. No entanto, investigação sobre distúrbios visuais (19%) e exame de membros inferiores e pés (14,3%) foram considerados em menor número de casos pelos enfermeiros durante a consulta, no referido estudo.

Para auxiliar o trabalho, o enfermeiro pode lançar mão de instrumentos para o registro do exame físico, garantindo segurança e qualidade ao cuidado de enfermagem. Um exemplo dessas possibilidades é a ficha clínica para prevenção do pé diabético elaborado por Melo, Pires e Kede (2017).

Na presente pesquisa, algumas anotações da consulta de enfermagem se apresentam sem dados completos relacionados ao controle glicêmico, o que pode prejudicar o enfermeiro em sua conduta para a prescrição do cuidado.

Observou-se que havia registro referente ao cadastro no Programa HIPERDIA para que o usuário pudesse fazer um controle glicêmico em sua casa e trouxesse a planilha para compartilhar o monitoramento com a enfermagem. Da mesma forma, observou-se a presença de registros da entrega de fitas e das tabelas

para monitorização das taxas de glicemia capilar. No entanto, não se detectou anotação de enfermagem que expressasse a análise do mapeamento glicêmico entregue pelo usuário, se o padrão está dentro do esperado ou não ou algum pedido de ajuda para essa análise, sobre a ocorrência de fatos vividos no período em que ocorre alteração glicêmica e como esse controle pode ser importante para uma orientação mais específica. Ou, se as alterações ocorrem por falta de uma dieta mais balanceada ou se a medicação prescrita está com dosagens que podem estar contribuindo para a queda ou aumento da taxa. A preocupação é que o portador traz a planilha com as informações das medições da glicemia, realizada no domicílio em alguns períodos do dia e, no registro da consulta de enfermagem, não aparecem anotações sobre a realização de algum tipo de orientação ou mudança de algum outro fator que possa estar interferindo nesse controle. E o enfermeiro perde um importante momento de interação para trabalhar o autocuidado e a adesão ao tratamento (IQUIZE *et al.*, 2017).

Para Smeltzer *et al.* (2012), a automonitorização da glicemia (AMG) é fundamental no tratamento do diabetes e, principalmente, para detectar e prevenir a hipoglicemia e hiperglicemia, normalizando os níveis glicêmicos e, consequentemente, reduzindo os riscos e complicações a longo prazo. E após a verificação, orienta-se sempre que seja registrado esse valor encontrado, para que se possam observar os padrões basais, nas consultas do paciente.

A consulta de enfermagem tem se mostrado estratégia potente para o auxílio do portador de DM no controle glicêmico e prevenção de complicações crônicas. Assim deve atentar-se aos fatores que apresentam associação com alterações dos níveis glicêmicos como a obesidade, o uso de insulina, risco de ulceração nos pés (ROSSANEIS *et al*., 2019).

Outra orientação que deve estar clara e sempre presente aos portadores de DM que necessitam de insumos para a aplicação de Insulina ou para monitorização, que de acordo com Pascali *et al*. (2009), refere-se à necessidade de orientar sobre importância do destino a ser dado aos insumos.

A avaliação dos membros inferiores e a estratificação do risco de desenvolvimento de úlceras são ações essenciais para prevenção e tratamento precoce do pé diabético. No Brasil, 15% dos portadores de diabetes são acometidos de ulcerações nos pés, que podem evoluir para amputação e representam a principal causa de internação hospitalar (MELLO; PIRES; KEDE, 2017).

A avaliação clínica dos membros inferiores com vistas a prevenção do pé diabético deve ser constituída de anamnese, exame clinico e classificação de risco para o pé diabético, avaliação do autocuidado com os pés e orientações específicas de cuidados com os pés (MELLO; PIRES; KEDE, 2017).

Com relação à etapa Diagnóstico de Enfermagem, os registros dos prontuários analisados permitiram identificar apenas duas anotações como diagnóstico de enfermagem: Risco aumentado para pé diabético, obesidade e DM descompensada.

O diagnóstico de enfermagem expressa a interpretação das informações obtidas na anamnese, observações e exame físico, buscando compreender os problemas e sofrimentos da pessoa de modo abrangente, considerando as evidências científicas que orientam o raciocínio clínico para direcionar o plano de cuidados de enfermagem. Assim, é fundamental considerar a ampliação dos graus de autonomia do usuário no manejo de sua doença e assunção do autocuidado (BRASIL, 2013).

Os diagnósticos de enfermagem fornecem a base para selecionar intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais a enfermeira e responsável (NANDA Internacional, 2012).

Para ALVES *et al.* (2018), a fase do diagnóstico de enfermagem é indispensável para a criação dos planos de cuidados, pois o instrumento é cientificamente fundamentado e pode contribuir com a melhora na qualidade de vida dos pacientes, tendo como objetivo a qualidade de vida dos mesmos.

O que se apresenta como diagnóstico:

> "obesidade está associada a uma maior resistência à insulina, portanto deve ser levada em consideração quando se deseja reduzir níveis glicêmicos e consequente diminuição das dosagens dos hipoglicemiantes orais no tratamento do diabetes" (SMELTZER *et al*., 2012).

Carvalho e Kusumota (2009) destacam que o profissional deve considerar que a seleção de intervenções deve ser dirigida ao indivíduo que possui o diagnóstico (não ao diagnóstico).

Os resultados encontrados no presente estudo contrastam com os obtidos por Castro-Sampaio *et al*. (2017) que identificou os diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas acompanhadas em unidades básicas de saúde de município mineiro e cadastradas no HIPERDIA. A avaliação de 175 portadores de HA e DM realizada no domicilio possibilitou a identificação de 26 rótulos, com média de

16 DE por pessoa. Os autores apontam que:

> "cinco rótulos diagnósticos de risco estavam presentes em todos os hipertensos e diabéticos entrevistados ("Risco de Perfusão Gastrintestinal Ineficaz", "Risco de Perfusão Renal Ineficaz", "Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída", "Risco de Perfusão Tissular Periférica Ineficaz" e "Risco de Função Cardiovascular Prejudicada") e, outros cinco ("Risco de Glicemia Instável", "Risco de Constipação", "Risco de Intolerância a Atividade", "Risco de Integridade da Pele Prejudicada" e "Risco de Quedas") apresentaram percentil acima de 50" (CASTRO-SAMPAIO *et al.*, 2017, p. 150).

O estudo acima referido representa um exemplo da quantidade e variedade de DE possíveis de serem nomeados para expressar os problemas e necessidades de pessoas com DM e demonstra que os DE devem ser elaborados a partir da singularidade de cada usuário.

No entanto, a presente pesquisa mostra que o diagnóstico de enfermagem não tem sido uma preocupação para os enfermeiros em seus registros e para a condução do seu planejamento.

A etapa Planejamento de Enfermagem do PE refere-se aos resultados que se pretende alcançar e ações ou intervenções que devem ser realizadas, objetivando-os por meio de objetivos e metas. O planejamento segue a linha de raciocínio que iniciou na interação e informações obtidas no histórico de enfermagem, alinhado aos diagnósticos de enfermagem elaborados (COFEN, 2009).

O planejamento de enfermagem deve contemplar estratégias para prevenir agravos e complicações, minimizar problemas já existentes relacionados ao controle glicêmico, mudança de hábitos de vida, percepção da própria pessoa com relação à seu estado de saúde, patologia e complicações, uso de medicamentos, autonomia para uso da insulina, ocupação e atuação profissional, enfrentamento de problemas de outra natureza que não envolva diretamente o controle da doença, empoderamento para realização de projetos de vida.

Os registros identificados nesta etapa eram limitados quanto à perspectiva do que se traça para o futuro. Predominaram as orientações sem especificar as metas.

O planejamento e o estabelecimento de metas devem ser estabelecidos em conjunto, envolvendo a pessoa com DM e o profissional de saúde, e se possível, com envolvimento de familiares. No entanto, essa forma de trabalhar não confere com a realidade, onde se observa o distanciamento do trabalhador de saúde do usuário, bem como um distanciamento da atenção integral centrada na pessoa e no seu modo

de vida. Essa forma de realizar o trabalho conforma o modelo tradicional, voltado para o controle da doença e tem apontado lacunas no enfrentamento da DM como problema de saúde pública (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Na etapa Implementação do PE, foram identificadas como intervenções de enfermagem mais frequentes nos prontuários as “orientações”. Estas se apresentavam anotadas de forma muito resumida e, por vezes, subjetiva e sem muito detalhamento sobre o tipo de orientação que foi prestada, dentre elas, orientações para dieta e atividade física, sobre grupo de HIPERDIA e sobre a entrega de fitas para glicosímetro e monitorização da glicemia capilar.

Não se encontrou registro se houve atendimento do portador de DM por outro profissional de saúde, tanto como forma de dar continuidade ou de avaliação específica.

A ação mais registrada nos prontuários foi renovação de receitas (74,20%), que revela que a consulta de enfermagem está restrita ao tratamento medicamentoso, se esquecendo da perspectiva da integralidade, não incluindo outras ações de cuidado relacionadas ao viver. Em segundo lugar, em 10.97% dos prontuários constam encaminhamento do portador de DM para avaliação médica no momento da consulta de enfermagem, o que leva a deduzir que a patologia pode estar em estado de agudização. E 6,45% dos registros são relativos à visita domiciliar ao portador de DM que no presente momento de sua consulta estava impossibilitado de procurar a unidade de ESF, para participar do Grupo de HIPERDIA.

Os elementos fundamentais de nossa prática de cuidado, dentre os quais o diagnóstico e a prescrição de intervenções de enfermagem são de competência exclusiva do enfermeiro. As diretrizes do conselho profissional determinam ainda 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 ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para avaliação dos resultados de enfermagem alcançados” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A implementação deve considerar as necessidades da pessoa portadora de DM, dirigida ao autocuidado, considerando as capacidades, limites identificados e recursos disponíveis (BRASIL, 2013).

Na etapa de avaliação, o enfermeiro tem a oportunidade de avaliar o

cuidado oferecido e se o que foi realizado conseguiu ou não cumprir o cuidado prescrito por ele próprio no planejamento. Trata-se de um momento em que pode haver necessidade de adaptações para que o cuidado possa de fato auxiliar o portador a adquirir mais autonomia para o manejo de seu tratamento de DM de modo a melhorar a qualidade de vida.

Os resultados desta etapa ficaram prejudicados pela ausência de anotação nos prontuários, que se acentuou pela falta ou fragilidade dos registros nas outras etapas do PE, uma vez que todas as etapas estão inter-relacionadas. Os dados do histórico e exame físico delineiam um diagnóstico e um plano de cuidados de enfermagem, com objetivos e metas acordados com o usuário, seguido da realização de ações e procedimentos específicos segundo as necessidades priorizadas e o conjunto será avaliado simultaneamente à sua realização, na finalização da própria consulta e na consulta subsequente.

Com relação ao nível de aplicação do processo de enfermagem, isto é, as etapas do PE que foram efetivamente documentadas pelos enfermeiros, obteve-se predomínio do nível 2 (77,4%), em que há registro do histórico, prescrição e implementação, seguido do nível 1B (15,5%), que registra apenas a prescrição (planejamento) de enfermagem.

Fica evidente, no presente estudo, que as etapas do PE não foram contemplados nas consultas de enfermagem, deixando clara a dificuldade da análise, diante de os registros e anotações de enfermagem se apresentarem muito sucintos e muitas vezes sem as informações necessárias para dar continuidade ao acompanhamento do portador de DM, independentemente do profissional de saúde.

Silva *et al*. (2014) encontraram em estudo com enfermeiros da atenção básica a referência a apenas duas etapas do PE – o histórico de enfermagem e a implementação, o que levou os autores a apontarem a necessidade de capacitação dos enfermeiros para a utilização do PE.

A quase ausência de registros das etapas de diagnósticos de enfermagem e da avaliação colocam em questão a qualidade da consulta de enfermagem (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009) e o acompanhamento longitudinal que o enfermeiro da atenção básica (SALVADOR; SANTOS; DANTAS, 2014) deve realizar junto ao grupo de portadores de DM de sua área de atuação.

Além disso, no presente estudo detectou-se que as queixas trazidas pelos portadores de DM não apresentavam coerência com o diagnóstico de enfermagem,

as ações planejadas e implementadas e a avaliação, principalmente pelo fato de apenas dois prontuários apresentarem registro de DE e somente um prontuário apresentou o registro da avaliação da enfermagem.

Carvalho e Kusumota (2009, p. 555) denominam desacordos clínicos as "divergências entre a situação real e a inferência feita pelo profissional, sobre a situação do paciente, em função de distintos fatores". Os fatores relacionados à ocorrência de desacordos clínicos apontados pelas autoras são atinentes ao examinador, ao examinado, ao exame/coleta de dados, ao próprio processo diagnóstico. Em relação a este último – o processo diagnóstico – pode estar sujeito diferentes tipos de erros:

> "por omissão (quando um dado relevante é ignorado), por conclusão prematura (diagnóstico pouco justificado pelos dados existentes), por síntese incorreta (dados disponíveis contradizem conclusões) e por síntese inadequada (conclusões que podem ser suportadas pelos dados não são extraídas)." (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009, p. 555).

A descrição dos tipos de erros permite perceber a presença destes nos registros analisados.

O direcionamento da consulta de enfermagem (BRASIL, 2013) para identificar riscos, intervir e minimizar problemas, considerando as vulnerabilidades e potencialidades do usuário não se realiza se o enfermeiro não define o problema prioritário, com uma descrição adequada, bem como não poderá em momento posterior avaliar o trabalho realizado.

Miranda *et al.* (2016, p. 5-6) alertam:

> "Quando esse registro é escasso e inadequado compromete a assistência prestada ao paciente assim como a instituição e a equipe de enfermagem. Há um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da pratica do enfermeiro."

Do lado do profissional, é importante ressaltar que o registro da assistência prestada é parte inerente ao exercício profissional do enfermeiro e ao fazê-lo, o profissional se respalda ética e legalmente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012; MIRANDA *et al*., 2016)

A correlação entre o registro e o cuidado prestado ao paciente é algo real pois, segundo Ferreira *et al*. (2018, p.756), na atenção básica, o enfermeiro pode "ampliar a sua autonomia por meio de uma prática clínica sustentada na perspectiva

da integralidade e do cuidado às famílias e comunidades em todo o seu ciclo de vida".

A preocupação como enfermeira é identificar e compreender as dificuldades enfrentadas pela enfermagem, a relação dessas dificuldades com o desconhecimento sobre a SAE e PE, sobre a importância do registro das informações nos prontuários de forma mais completa e muitas outras indagações que merecem aprofundamento por meio de investigações.

No que diz respeito às normativas do exercício profissional quanto à documento do trabalho realizado pela enfermagem, tem-se a Resolução COFEN 429/12 que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte-tradicional ou eletrônico.

No estado da Bahia, o Conselho Regional estabelece que o registro de Enfermagem é fonte de informações entre os profissionais da equipe multiprofissional e fornece subsídios para a continuidade do planejamento assistencial da equipe multiprofissional (COREN – BA, 2016).

A documentação da assistência ao paciente permite o acompanhamento das condições de saúde do mesmo, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados e expressando a natureza das ações dos profissionais em suas respectivas áreas de conhecimento. Portanto, deve ser realizada de forma clara, objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão (OCHOA *et.al.,* 2001).

A documentação e o relato são partes importantes da avaliação de enfermagem. Informações precisam estar no prontuário do paciente e ser compartilhadas durante a comunicação direta, para que os enfermeiros e outros profissionais da equipe de saúde saibam se um paciente está progredindo e para tomar as clínicas pendentes (POTTER; PATRÍCIA *et.al.,* 2013).

O exposto confirma a importância da sistematização da assistência de enfermagem como forma de organizar a assistência e otimizar o trabalho do enfermeiro, auxiliando na identificação e interpretação de problemas e necessidades dos usuários também defendida por Amaral e Abrahão (2017).

Marques (2017) em investigação sobre a percepção de usuários de insulina demonstrou a importância da consulta de enfermagem para o acompanhamento e controle da DM, podendo conferir excelência no cuidado, ao investir no trabalho de educação em saúde para o autocuidado em situação de doenças crônicas.

A literatura aponta deslocamento das demandas para os enfermeiros no

contexto da atenção básica, acionando suas competências clínicas dirigidas à atenção centrada no usuário por meio da clínica ampliada (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016). Por outro lado, registra também fragilidades na aplicação do PE pelos enfermeiros na atenção básica (SILVA *et al.,* 2014) e dentre elas, Amaral e Abrahão (2017) apontam a centralidade no manejo queixa-conduta resultam em redução da CE e afastamento da perspectiva da integralidade e da abordagem com a família e qualificação dos modos de viver. Além disso, as autoras apontam a multiplicidade de papéis demandados e assumidos pelos enfermeiros, que geram necessidade de atenção ao gerenciamento desses papéis, tendo em vista a sobrecarga de trabalho e o caráter simultâneo dessas demandas e funções e o prejuízo para a qualidade do trabalho do enfermeiro e do cuidado produzido.

O enfermeiro, devido a essa sobrecarga de funções que não são específicas à profissão, mas que são adicionadas na rotina, tem como consequência, a diminuição do tempo de consulta para que conseguir cumprir sua agenda diária. Assim, não tem como realizar uma consulta detalhada diante do quantitativo de pacientes agendados, ficando preso apenas à renovação de receitas e esquecendo de seu papel de promover o cuidado integral e o autocuidado.

O fato confirma o que foi encontrado em estudo de revisão, que grande parte das consultas de enfermagem tem se voltado a programas ministeriais, predominando a atenção vertical e focalizada, criticando, por exemplo, a consulta para idoso atendidos no HIPERDIA, que privilegia as ações do programa e não aborda o idoso em sua integralidade (AMARAL; ABRAHÃO, 2017).

O enfermeiro na ESF acaba exercendo função administrativa que diminui o tempo para exercer o seu real papel como promotor da saúde. Ocorre uma sobrecarga de função e não consegue administrar o tempo de trabalho para a consulta de enfermagem com um padrão que possa atender o paciente com individualidade, como já discutido por Amaral e Abrahão (2017).

Pelo exposto, percebe-se que o modo como o enfermeiro vem realizando seu trabalho na atenção básica, dificulta a observação dos elementos a serem considerados para alcançar a adesão do portador de DM ao tratamento como o tempo para realizar as consultas, a disponibilidade para interação e para estabelecer comunicação e relações interpessoais de empatia (PRADO; SOARES, 2015, p. 3112), ou seja, dificulta a atenção à dimensão subjetiva do cuidado (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Para Penedo e Spiri (2014), os enfermeiros reconhecem a importância do processo de enfermagem para seu trabalho, mas estão mais voltados para atividades administrativas e outras ações que julgam prioritárias; nesse contexto, também não conseguem registrar o cuidado prestado.

O enfermeiro precisa entender sua função e o seu papel nas consultas prestadas a todos os portadores de DM, seja no monitoramento de seu tratamento ou na facilitação para o que assuma seu autocuidado.

Na consulta, o enfermeiro tem a possibilidade de conhecer a realidade de cada paciente e promover medidas para o controle da glicemia e do peso e estimular a prática de atividade física regular e a adoção de dieta saudável (GHELMAN *et al.,* 2010).

No acompanhamento da pessoa com DM na atenção básica, a consulta de enfermagem e a visita domiciliar são momentos propícios para identificar os déficits de autocuidado, a capacidade do indivíduo para esse cuidado e a sua rede de apoio familiar.

Para CEREZO et al. (2017), no que tange aos cuidados de enfermagem voltados para o autocuidado, o enfermeiro deve trabalhar em estratégias que desenvolvam o empoderamento do indivíduo considerando suas necessidades singulares, o que pode assim, conduzir a ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos viáveis dentro da realidade do usuário e tornar-se, assim, uma estratégia essencial para a gestão das doenças crônicas.

A maioria dos fatores de risco identificados nos portadores de DM são modificáveis (LIMA *et al.,* 2018), o que torna a educação em saúde uma ferramenta fundamental. As ações educativas podem ser realizadas tanto em atendimento individual, visitas domiciliares como em atividades em grupo e de estratificação de risco para estratificação da demanda (TESTON *et al.,* 2018).

As ações educativas podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro com a participação da equipe de saúde da família e do NASF, idealmente trabalhando na perspectiva interdisciplinar tal e qual a própria DM demanda (IQUIZE *et al.,* 2017). A divisão de trabalho com outros membros da equipe ajuda a minimizar a sobrecarga de trabalho, assim como as parcerias com universidades e escolas técnicas (TESTON *et al*., 2018), mas por vezes fragmenta o trabalho e se afasta da abordagem que amplia as formas de melhorar a vida (AMARAL; ABRAHÃO, 2017).

Apesar da baixa participação de usuários, Teston *et al.* (2018) obtiveram

relatos de enfermeiros que identificaram resultados positivos quanto ao controle glicêmico e mudança de hábitos de vida. Na revisão da literatura conduzida por Iquize *et al.* (2017), as intervenções grupais com maior interatividade foram mais atrativas; e ainda, o processo dialógico, a troca de experiências e a habilidade do profissional no manejo dos grupos foram apontados como relevantes.

A abordagem educativa que coloca o usuário como centro do cuidado e quando o trabalhador de saúde assume o papel de facilitador para que o usuário realize seu autocuidado e maneje com mais autonomia o monitoramento e controle de sua patologia, apresenta-se coerente com a concepção de saúde como direito do cidadão (TESTON *et al.,* 2018). Estudo aponta a necessidade de capacitação dos profissionais para atuarem como facilitadores da aprendizagem e empoderamento dos portadores de DM, visando sua autonomia (IQUIZE *et al.,* 2017).

No cenário atual, as doenças crônicas não transmissíveis geram impacto sobre os indicadores de hospitalizações e mortalidade e a enfermagem tem grande papel a cumprir.

Como consta no Relatório Anual de Gestão (RAG) do município de Passos-MG, referente ao ano 2018, as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de mortalidade no nosso município, demonstrando a importância da contribuição da enfermagem no controle de agravos relacionados, especialmente Diabetes Mellitus e hipertensão arterial, que são também considerados sensíveis às ações no âmbito da atenção primária à saúde para reduzir as internações por essas causas.

Assim sendo, diante dos resultados das análises dos registros das consultas de enfermagem a portadores de DM apontando a fragilidade das anotações, decidiu-se pela elaboração de um roteiro para auxiliar o enfermeiro a registrar as consultas realizadas, contendo os principais dados esperados na etapa histórico de enfermagem do PE. Elegeu-se a primeira etapa do PE como prioritária, pois ela desencadeia todo o trabalho clínico do enfermeiro, a ser compartilhado posteriormente com a equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar da ESF. Dessa forma, pode-se contribuir com a continuidade do cuidado a esse grupo da população no âmbito da atenção básica.

7 PRODUTO TECNOLÓGICO E SUA APLICABILIDADE

Diante dos resultados da análise dos prontuários das 18 unidades de ESF do município e, mesmo durante o manuseio dos dados, desde a coleta, digitação e análise, a ausência de registros e lacunas identificadas, mobilizaram a pesquisadora a propor alguma intervenção no cenário estudado.

Partindo da ideia de que o registro de enfermagem deve funcionar como uma ponte entre o usuário e a equipe, e que o cuidado é produzido em sucessivos encontros com diferentes profissionais e momentos, levando em consideração as informações disponibilizadas no prontuário, decidiu-se pela elaboração de um roteiro orientador para a coleta de dados.

O roteiro proposto intenciona auxiliar o enfermeiro a qualificar a etapa Histórico de Enfermagem do PE e a partir das informações obtidas, por meio da anamnese, observação e exame físico, estará melhor instrumentalizado para interpretar os dados e compreender a situação para estabelecer diagnósticos de enfermagem mais precisos, segundo as necessidades de saúde do usuário.

A proposta inicial de roteiro para coleta de dados aqui apresentada foi baseada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e outros relativos ao cuidado a portadores de agravos crônicos e diabetes mellitus (BRASIL, 2013; PEDROSA; MATA; OLIVEIRA, 2017; RIBEIRÃO PRETO, 2018). Além disso, utilizou-se também o estudo intitulado: “Protocolo para Consulta de Enfermagem: assistência a pacientes com diabetes melittus tipo 2 em insulinoterapia”, que elaborou roteiro para consulta de enfermagem a pacientes diabéticos atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo (CURCIO; LIMA; TORRES, 2009). O estudo desenvolvido em ambulatório especializado hospitalar auxiliou ao apresentar protocolo, que foi modificado considerando o contexto de necessidade de intervenção, as consultas de enfermagem realizadas em unidades da atenção básica.

O roteiro não foi submetido à validação de conteúdo por especialistas, pois a necessidade de sua elaboração surgiu no processo de execução desta investigação e os limites de tempo para o término deste estudo, não possibilitou a realização desta importante etapa neste momento.

Esta versão inicial será apresentada à gestão da atenção básica da Secretaria Municipal de Passos com a proposta de seu aprimoramento com a participação dos enfermeiros das equipes locais.

O roteiro de coleta de dados para consulta de enfermagem a portadores de

DM proposto pode auxiliar a enfermagem em suas consultas e, também, no registro de informações no prontuário para facilitar a continuidade do cuidado prestado por toda equipe multidisciplinar.

A Linha Guia de Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica da SES/MG (2013) traz que os fatores de risco: sedentarismo, histórico familiar de DM, história de doença cardiovascular, dislipidemia e obesidade grave; e o rastreamento começa com a presença de sobrepeso e obesidade (IMC > 25 kg;m2) em associação a algum fator de risco citado.

Então, a importância de ter anotado os dados antropométricos para o cálculo de IMC e como traz a Linha Guia a observação de uma das 3 alterações: glicemia em jejum > 110 mg/dL; circunferência da cintura abdominal > 102 cm para homens e >88cm para mulheres; níveis de exames de colesterol e triglicerídeos e medição de pressão arterial.

Conforme traz o Guia de Orientação do enfermeiro na Atenção Básica do Coren/MG, a análise do registro dos dados antropométricos deve ser avaliada durante a consulta de enfermagem, para a que o planejamento seja realizado de acordo com a necessidade do usuário.

As complicações vasculares crônicas são tratadas na linha guia como a Retinopatia Diabética que deve ser avaliada pelo médico oftalmologista anualmente, incluindo pedido do exame de fundoscopia. A Nefropatia Diabética traz a importância do exame de proteinúria como marcador da Doença Renal Crônica, junto com a dosagem da creatinina sérica.

A importância da avaliação dos pés, um dos fatores de risco de deformidades e amputações. A Linha Guia traz a orientação da *Rede Hiperdia Mais*, que o exame deve ser realizado de acordo com a estratificação de risco e comtemplar a realização do teste de monofilamento, de dor, vibração e sensibilidade térmica (SES/MG, 2013).

O enfermeiro, no momento da avaliação deve orientar sobre os cuidados diários dispensados aos pés e orientar sobre o usuário informar qualquer alteração.

Quanto à parte de tratamento não medicamentoso, o enfermeiro deve se apoiar na equipe multidisciplinar, que pode auxiliar na prescrição de uma dieta individualizada, próxima à realidade econômica do usuário e, também, a iniciação de alguma atividade física.

No tratamento medicamentoso o enfermeiro deve orientar o uso da

medicação prescrita e avaliar o grau de dificuldade para que o tratamento seja seguido, no caso de uso de insulina o rodízio de aplicação e a realização do controle glicêmico. Deve ocorrer essa avaliação junto ao usuário e ajudar no ajuste de alterações que podem ocorrer.

Espera-se que o produto final o estudo contribua com a ampliação do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem e registros das consultas de enfermagem a usuários portadores de diabetes mellitus.

Almeja-se, também, que o estudo contribua com indicações que possam auxiliar a Secretaria Municipal de Passos/MG a reorientar as diretrizes da assistência de enfermagem nas unidades da rede de atenção básica do município e implementar ações de educação continuada para a equipe de enfermagem com foco no processo de enfermagem e SAE.

Além disso, deseja-se como impacto, que a Secretaria Municipal de Passos, possa acompanhar a SAE nas unidades de saúde municipais e dentre elas o processo de enfermagem, e o modo como estão sendo realizados os cuidados às pessoas com diabetes na atenção básica. Destaca-se que o estudo contribui com um panorama da situação dos registros de enfermagem, apontando fragilidades relevantes que precisam ser equacionadas.

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Dados de Identificação	
Dados a serem coletados	Descrição
Dados sócio demográficos	Idade, escolaridade, estado civil, gênero, raça, religião, ocupação, moradia, trabalho, atividades de lazer, necessita de ajuda para as atividades de vida diária
Antecedentes pessoais	Tabagismo, elitismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, IAM, AVC
Antecedentes familiares	Histórico familiar de DM, HA, doença cardíaca, doença renal e diabetes gestacional
Queixas atuais	O que motivou a procura do serviço
Doença	Diagnóstico trazido pelo paciente (como percebe a doença), tempo de diagnóstico, história pregressa e as ações que têm sido prescritas e quais consegue realizar
Sinais e sintomas	Como percebe que a glicemia está alterada? O que faz para melhorar? Faz controle de glicemia (glicemia capilar)? Quais momentos do dia ocorre alterações que necessitam de uma atenção mais direcionada? Percebe algum outro sinal ou sintoma que relaciona a diabetes? Faz análise diário de alterações nos pés e tem orientação para o cuidado dos pés?
Medicamentos	Quais os medicamentos em uso para DM? Faz autoaplicação de insulina (quando for o caso)? Utiliza outros medicamentos para outras patologias? Faz uso de automedicação?
Situação socioeconômica	Tem condição de adquirir todos os medicamentos prescritos? Tem condição de realizar uma dieta mais balanceada? Como é o padrão familiar?
Autonomia para atividades cotidianas	Consegue fazer sozinho, com ajuda parcial ou é totalmente dependente de ajuda para: alimentar-se, vestir-se, higienizar-se (higiene corporal e bucal), eliminações, deambulação, locomoção, uso de telefone, acesso à internet, compras, preparo de refeições, cuidado com as roupas, controle financeiro, controle dos medicamentos, automonitorização glicêmica, retornos médicos
Dificuldades	Analfabetismo, problemas familiares, problemas emocionais, diminuição da acuidade visual e auditiva, presença de lesões/limitações em membros que dificulta a realização de alguma tarefa.
Psicológico	Medo, reconhece e aceita a sua patologia, medo de amputação, medo de agudização, medo de aplicação e de ganho ou perda de peso

Recursos	Família que ajuda e apoia o tratamento, conta com apoio de programas sociais, inserção em grupos e redes sociais, participa de grupos sociais regularmente, profissional de referência (com quem tenha vinculo forte)
Dados objetivos	Altura, peso, circunferência abdominal e IMC. Anotados em todas as consultas para que se possa fazer uma avaliação de padrão da assistência Aferição de pressão arterial (sentada e deitada) e glicemia capilar antes das consultas e se tem realizado para essa aferição em outros momentos.
Dados a observar	Aspecto geral, deformidades físicas, estado de orientação, pele, unhas
	Acuidade visual, acuidade auditiva, padrão de eliminações (urinário e intestinal), lesão em membros, sintomas mais frequentes
	Cavidade oral, pescoço, tórax, abdômen, genitais
	Avaliação dos membros inferiores e dos pés
Exames	Acompanhamento de glicemia em jejum e pós-prandial, Hemoglobina Glicosilada, Microalbuminúria, Ureia, Creatinina, ECG e fundoscopia

.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a importância do adequado registro da consulta de enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus na Atenção Básica que, além de ser uma ação ética e legal no processo de enfermagem, é fundamental para o acompanhamento e cuidado centrado nas necessidades de saúde do usuário.

Este estudo analisou os registros das consultas de enfermagem aos portadores de Diabetes Mellitus na Atenção Básica no município de Passos/MG.

Verificou-se fragilidades nas anotações realizadas pelos enfermeiros e ausência de informações relevantes. No entanto, não se pode inferir que as fases do processo de enfermagem não foram realizadas e, sim, que não foram corretamente documentadas. Os registros se apresentavam com informações sucintas e não apresentavam relatos que pudessem caracterizar a condição de saúde do usuário, sua queixa principal e sofrimentos enfrentados.

Com isso, o estudo demonstrou baixo nível de aplicação das etapas do processo de enfermagem e prejuízo na coerência interna entre as etapas, com maior fragilidade no diagnóstico de enfermagem e avaliação, apontando a necessidade de qualificação dos enfermeiros para realização da consulta de enfermagem para portadores de DM, bem como a adoção pelo município de instrumentos de trabalho que deem maior agilidade ao processo de trabalho para registro dos atendimentos.

Diante dos fatos constados, elaborou-se um roteiro de coleta de dados para consulta de enfermagem a portadores de diabetes mellitus na atenção básica com a intenção de contribuir no enfrentamento do problema. O instrumento será apresentado à gestão da saúde do município com a sugestão de continuidade no aprimoramento para sua implantação.

Este estudo salientou pontos de oportunidades para uma melhoria do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus, oferecendo conhecimentos que podem apoiar gestores do município e coordenação da Atenção Básica na tomada de decisões relacionadas à reorientação das diretrizes para a prática de enfermagem nas unidades da rede de atenção básica e para a Educação Permanente dos trabalhadores de Enfermagem.

O enfermeiro na Atenção Básica assume papel de sustentação da Unidade e pode aprimorar essa atuação conscientizando-se da importância da atuação clínica da enfermagem apoiada nas evidências científicas, com respaldo das normativas técnicas dos programas assistenciais e do exercício profissional.

Faz-se destaque especial no papel do enfermeiro, na educação dos

usuários nas consultas de enfermagem como um momento único de vínculo usuário-enfermeiro para a construção do cuidado integral. As ações educativas coletivas com participação do enfermeiro e dos demais membros da equipe de saúde podem ampliar o alcance do empoderamento dos usuários no manejo de sua doença.

O estudo aponta a necessidade de o enfermeiro entender que é essencial que a prescrição de cuidados seja individualizada e dirigida para cada usuário, de modo singular.

Ressalta-se como limite do estudo a utilização apenas de informações de prontuários, que possibilita conhecer a consulta de enfermagem apenas pelo que foi registrado. A observação direta de consultas, bem como conhecer a perspectiva do enfermeiro e dos portadores de DM com relação à consulta de enfermagem possibilitariam aprofundamento do conhecimento sobre o tema e trariam mais elementos para a reflexão crítica sobre a prática profissional do enfermeiro, suas potencialidades e limites.

O estudo não teve a pretensão de trazer pontos negativos ou avaliação dos registros, mas, sim um início de um processo para melhora da prática do enfermeiro e um incentivo para novos investimentos de investigações para aprofundamento e compreensão do tema e problemas identificados, bem como para busca de intervenções para o enfrentamento das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro frente à SAE na atenção básica.

REFERÊNCIAS[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023).

ALENCAR, D. C. *et al*. Consulta de enfermagem na perspectiva de usuários com diabetes mellitus na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, [Sl], v. 11, n. 10, p. 3749-3756, out. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/ article/view/14005/24275 >. Data de acesso: 28 de novembro 2019. doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i10a14005p3749-3756-2017 .

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem:** promoção do cuidado colaborativo. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

ALVES, K. Y. A. *et al*. Vivenciando a classificação internacional de práticas de enfermagem em saúde coletiva: relato de experiência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 381-388, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200025&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Nov. 2019.

AMARAL, I.T.; ABRAHÃO, A.L. Consulta em enfermagem na Estratégia Saúde da Família, ampliando o reconheci- mento das distintas formas de ação: uma revisão integrativa. **Rev Fun Care** Online. 2017 out/dez; 9(4): 899-906. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.899-906.

AZEVEDO, D. M. de; AZEVEDO, I. C. de; HOLANDA , C. S. M. de; SANTOS, Q. G.; VALE, L. D.; CASSIANO, A.N. *et al*. **Da academia à realidade**: uma reflexão acerca da prática do exame físico nos serviços de saúde [From academy to reality: a reflection on the practice of physical examination in health of services].Sal. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 4, p. 106-110, 2013.

BARBIANI, R.; DALLA, N.C.R.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24:e2721. [Access10/10/2019]; Available in: https://www.redalyc.org/ articulo.oa?id=281449727078 DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, s/d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 221 de 17 de abril de 2008**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 31ª Ed. São Paulo: Saraiva 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem**, de 15 de outubro de 2009 [Intenet].2009 [cited 2019 August 06]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 2.488**, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.be/bvssaudelegis/gm/2011/ prt248821102011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção á saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Caderno de Atenção Básica, n. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO nº 514 de 2016**. Guia de Recomendação para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de Enfermagem. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. *et al*. **Processo de enfermagem:** resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 22, n. spe1, p. 554-557, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800022&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000800022.

CASTRO-SAMPAIO, F. *et al*.. **Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas**. Invest. educ. enferm, Medellín , v. 35, n. 2, p. 139-153, Aug. 2017. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072017000200139&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n2a03.

CAVALCANTI A, C.D.; CORREIA, D.M.S.; QUELUCI, G.C.. **A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca.** Rev Eletrônica Enfem 2009,11(1):194-9.

CEREZO, P.G.; JUVE-UDINA, M.E.; DELGADO, P.H. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. **Rev Esc Enferm USP**. 2016 [cited 2017 Jan 17]; 50(4):667-74. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400667

CHAGAS, I. A. *et al*. Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1141-6, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reesup-47-05-1137.pdf>. Acesso em 24 Maio2017.

COFEN - CONSELHO FERDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados. Brasília, DF, 16 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384. html>. Acesso em: 03 de janeiro 2017.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2012.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 0514/2016.** Dispõe sobre a necessidade de nortear os Profissionais de Enfermagem para a prática dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda equipe de Saúde da Instituição**.** Brasília : COFEN 2016

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet].2017[cited 2019 Set 14]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem. Anotações de Enfermagem. COFEN/SP. Junho/09.p.11.

CUBAS, M. R. *et al*. Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 269-273, June 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200016&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200016.

Curcio R, Lima MHM, Torres HC. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes melittus tipo 2 em insulinoterapia. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):552-7.

FERNÁNDEZ-SOLA, C.; GRANERO-MOLINA, J.; MOLLINEDO-MALLEA, J.; GONZALES, M.H.P.; AGUILERA-MARIQUE, G.; PONCE, M.L. *et al*. Desarollo y validación de um instrumento para la evaluación inicial de enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**. 2012; 46(6):1415-22.

FERREIRA, E.B.; PEREIRA, M.S.; SOUZA, A.C.; ALMEIDA, C.C.; TALEB, A.C. *et al.* Systematization of nursing care in the perspective of professional autonomy. **Rev Rene**. 2016; 17(1):86-92.

FILHO, A.C.A.A; ALMEIDA, P.D.; ARAÚJO, A.K.L.; *et al.* Perfil epidemiológico do

diabetes mellitus em um estado do nordeste brasileiro. **Rev Fund Care Online**. 2017 jul/set; 9(3):641-647. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175- 5361.2017.v9i3.641-647.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R., *et al*. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 16-29, Mar. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000100016&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010002.

GARCIA, Telma Ribeiro. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 5-10, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2020. https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160001.

GIL, A. C., 1946, *in*. **Como elaborar projetos de pesquisa** / Antonio Carlos Gil. – 4. ed. – 12. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2009.

GUTIERREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V., *et al*. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília , v. 70, n. 2, p. 436-441, Apr. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0034-71672017000200436&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515.

GREGG, E.W.; SATTAR, N.; ALI, M.K. **The changing face of diabetes complications**. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016;4(6):537-47.

IBGE, B. O. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Cidades**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun= 314790&search=minasgerais|passos>. Acesso em 30 de Abril de 2018.

IQUIZE, R.C. C. *et al*. Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 39, n. 2, p. 196-204, June 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000200196&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.

International Diabetes Federation. **IDF Atlas**. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015.

ISER, B. P. M. *et al*. **Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil**: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>. Acesso em 15 março de 2017.

HENSELMANS, I. *et al*. “Participação de pacientes crônicos em consultas médicas: eficácia percebida dos pacientes, barreiras e interesse no apoio.” **Expectativas de saúde:** um periódico internacional de participação do público em cuidados de saúde

e políticas de saúde vol. 18,6 (2015): 2375-88. doi: 10.1111 / hex.12206.

LIMA, C. L. J. de; COSTA, M. M. L.; OLIVEIRA, J. S.; FERREIRA, T. M. C.; FERREIRA, J. D. L.; NASCIMENTO, J. A. *et al*. Rastreamento do risco para desenvolvimento do Diabetes Mellitus em usuários da Atenção Básica de Saúde. **Enfermería Global** Nº 52 Octubre 2018 Página 110. http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.307521.

LINHA-GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA. **Secretária de Saúde do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 2013.200p.

MALACHIAS I.; LELES F.A.G.; PINTO M.A.S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. [Internet] [citado 2013 out 26]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>.
MARQUES, C. R.. Percepção dos usuários insulino dependentes não controlados quanto ao tratamento para o diabetes mellitus tipo 2.**Rev. APS**. 2017 jan/mar; 20(1): 69 - 80. doi: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15702.

Marques C R. PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS INSULINO DEPENDENTES NÃO CONTROLADOS QUANTO AO TRATAMENTO PARA O DIABETES MELLITUS TIPO 2.Rev. APS. 2017 jan/mar; 20(1): 69 - 80.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 6, p. 991-999, Dec. 2012 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600016.

MAYS, L.. Diabetes Mellitus Standards of Care. **Nurs Clin N Am**, 2015; 50(4):703-711. Acesso em 15 Out. 2019. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2015.08.001

MELLO, R.F.A; PIRES, M.L.E; KEDE, J. Ficha de avaliação clínica de membros inferiores para prevenção do pé dia- bético. **Rev Fund Care Online**. 2017 jul/set; 9(3):899-913. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017. v9i3.899-913.

MENEZES, S.R. T.; PRIEL, M.R.; PEREIRA, L.L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-958, Aug. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0080-62342011000400023&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Protocolo clínico dos centros HIPERDIA MINAS**. Belo Horizonte, 2015.

MIRANDA, P.C.; FERRAZ, R.R.N.; BARNABE, A.S.; FONSECA ,S.U.L.;

EVENGELISTA, A.A.; RAMOS, A.L.; FORNARI, J.V.; ARÇARI, D.P. **A importância do registro de enfermagem em busca da qualidade**. Gestão em foco, ANO 2016. ISSN: 2175-733X.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A.E.; ROSSI, L.A.; HAYASHIDA, M., *et al*. **Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem.** Rev esc enferm USP. 2001;35:390-8. DOI: 10.5935/1415-2762.20130014.
2006;14(5):728-34.

PADILHA, A.P. *et al*. MANUAL DE CUIDADOS ÀS PESSOAS COM DIABETES E PÉ DIABÉTICO: CONSTRUÇÃO POR SCOPING STUDY. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1-11, 2017. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e2190017.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2018.

PASCALI, P.M.; GROSSI, S.A.A., *et al*. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. **Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes**, São Paulo: AC Farmacêutica, 2009. p. 56-75.

PASSOS, Secretária Municipal de Saúde de. **Diagnóstico Anual de Saúde das unidades de ESF's do ano de 2.017**.

PENEDO, R.M.; SPIRI, W.C.. Meaning of the Systematization of Nursing Care for nurse managers. Acta Paul Enferm. 2014;27(1):86-92. R Core Team (2017). R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL http://www.R-project.org/

PEREIRA, R.B.; COELHO, M.A.; BACHION, M.M. **Tecnologias de informação e registro do processo de enfermagem:** estudo de caso em UTI neonatal. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: 15/10/19]; 18:e1138. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35135.

PRADO, M.D.; SOARES, D.A. **Limites e estratégias de profissionais de saúde na adesão ao tratamento do diabetes**: revisão integrative. J. res.: fundam. care. online 2015. out./dez. 7(4): 3110-3124. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2148/pdf_1680>.

PEDROSA, M.T.V.; MATA, L.R.F.; OLIVEIRA, P.S. **Guia de orientações para a atuação da equipe de enfermagem na atenção primaria à saúde**. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Belo Horizonte: COREN-MG, 2017. 220p.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne G. ; ELKIN, Matha Keene. Procedimentos e intervenções de enfermagem. 5ª EDIÇÃO. Rio de Janeiro : Elsevier, 2013.

RADIGONDA, B.; SOUSA, R.K.T.; JUNIOR, L.C.; SILVA, A.M.R, *et al*. **Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados**, Cambé-PR, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(1):115-126, jan-mar 2016.

Resolução **COFEN Nº 429/2012**. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>.

ROSSANEIS, M. A. *et al*. **Factors associated with glycemic control in people with diabetes mellitus.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 997-1005, Mar. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300997&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.02022017.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E., *et al*. **Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família:** potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018 .

SANTOS, A.L.; ANDRADE, C.J.N.; SANTOS, M.S.; NETO, M.F.S.; PORTO, T.D., *et al*. **Percepção de usuários com diabetes acerca da assistência recebida na atenção primária à saúde**. Rev. APS. 2018 jun; 21(2):251-258.acesso em 01 Nov 2019. https://doi.org/10.1590/0103-1104201811613.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V.. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2882, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100309&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Nov. 2019. Epub Mar 09, 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882.

SALVADOR, P. T. C. O.; SANTOS, V. E. P.; DANTAS, C.N., *et al*. Caracterização das dissertações e teses brasileiras acerca da interface processo de enfermagem e atenção primária.**Rev Min Enferm**. 2014 abr/jun; 18(2): 295-302. DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140023.

SILVA, E. G. C. *et al* . O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Nov. 2019.

SILVA, S. O. *et al* . Nursing consultation for people with diabetes mellitus: experience with an active methodology. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 6, p. 3103-3108, Dec. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603103&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0611.

SILVA, S.O.; MACHADO, L.M.; SCHIMITH, M.D.; SILVA, L.M.C.; SILVEIRA, V.N.; BASTOS, A.C.. Nursing consultation for people with diabetes mellitus: experience with an active methodology. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(6):3103-8. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0611.

SILVA, T. F. A.; BARROS, M. A. R.; SILVA, A. P. S. M.; RODRIGUES, J. E. G.;

FELIPE, G. F.; MACHADO, A. L. G. **Consulta de Enfermagem à pessoa com diabetes mellitus na atenção básica.** REME rev. Min. enferm; 18(3): 710-716, jul.-set. 2014.

SMELTZER, S.C.; HINKLE, J.L.; BARE, B.G.; CHEEVER, K.H. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª. ed. Tradução de Isabel C. F. da Cruz *et al*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

SOUZA, M. C.; ARAÚJO, T. M.; JÚNIOR, W. M. R.; SOUZA, J.N.; VILELA, A. B. A.; FRANCO, T. B.. **Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia.** O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):452-460.

STARFIEL, B.. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde,2002;316.

STETLER, C.B.; MORSI, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITZGERALD, J., et. al. **Utilization-focused integrative reviews in a nursing service**. Appl Nurs Res.1998; 11(4):195-206.

TESTON, E. F. *et al.*. Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 6, p. 2735-2742, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0034-71672018001202735&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28 nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0396.

THURSTON, M.M.; BOURG, C.A.; PHILLIPS, B.B.; HUSTON, S.A., *et al*. Impact of health literacy level on aspects of medication nonadherence reported by underserved patients with type 2 diabetes. **Diabetes Technol Ther**. 2015; 17(3):187-93.

APÊNDICE

Apêndice A – Planilha para Análise dos Dados

PLANILHA PARA ANÁLISE DOS DADOS EXTRAÍDOS DOS PRONTUÁRIOS SELECIONADOS

Pront.	Unid.	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	HISTÓRICO DE ENF./ COLETA DE DADOS	Diagnóstico	Planejamento	Implentação	Avaliação	Tipo DM	IMC	PESO	GLICEMIA	PA	NAPE

ANEXOS

Anexo A – Autorização Coleta de Dados

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SAUDE

Passos, 09 de Julho de 2018.

De: **Ana Paula Ferreira**
Para: **Secretária de Saúde/Coordenação APS**
Assunto: Autorização para a coleta de dados

Prezada Enfª Franciele Vilela Souza

Sirvo-me do presente para cumprimentá-la cordialmente, e pedir autorização para a coleta de dados para minha pesquisa de mestrado na EERP-USP, com o titulo Análise da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos registros de consultas de enfermagem aos usuários com Diabetes Mellitus na Atenção Básica.

Eu Ana Paula Ferreira e minha orientadora Silvia Matumoto, usaremos as informações apenas para fins de pesquisa e será guardado sigilo total de todas as informações.

Franciele Vilela Sousa
Coordenação da Atenção Primária a Saúde

RUA LAVRAS, 319 – CENTRO - CEP 37.902- 314.
saude@passos.mg.gov.br

Anexo B – Ofício de aprovação do CEP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 / 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 294/2018, de 29/11/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 28 de novembro de 2018.

Protocolo CAAE: 98370718.2.0000.5393

Projeto: Análise da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos registros de consultas de enfermagem aos usuários de Diabetes Mellitus na Atenção Básica.

Pesquisadores: Ana Paula Ferreira
Silvia Matumoto (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Silvia Matumoto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP