

CONSULTA DE ENFERMAGEM: O CUIDADO NA PERSPECTIVA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Marine Tavares Santos¹

Fernanda Moura Lanza²

Daniel Nogueira Cortez²

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção da pessoa com diabetes mellitus tipo 2 sobre a consulta de enfermagem individual e coletiva realizadas na Estratégia Saúde da Família. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa fundamentado na teoria do interacionismo simbólico. Participaram do estudo 15 usuários que foram acompanhados por consulta de enfermagem sistematizada, de acordo com o protocolo de intervenção e de mudança de comportamento, por seis meses. Os dados foram coletados por meio de grupo focal e analisados mediante a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Ao ser instituída a consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, o usuário começa a perceber o Enfermeiro como um dos atores envolvidos em seu cuidado, além de referir mudanças de comportamento e os benefícios após serem acompanhados. **Conclusão:** A consulta de enfermagem tem impacto positivo no cotidiano da pessoa com diabetes mellitus, pois auxilia o usuário a reconhecer sua condição crônica, desmistifica o medo, contribui para o empoderamento e o aumento do autocuidado.

Palavras-chave: Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Enfermagem; Processo de Enfermagem; Diabetes Mellitus Tipo 2

Temática: Cuidado crônico; Promoção e prevenção; Prática baseada na evidência.

1.Enfermeira. Residente em Atenção Básica/Saúde da Família pela Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste. Divinópolis, Brasil. E-mail: mery_ita@hotmail.com. ID: orcid.org/0000-0002-0024-6663 (Autor de correspondência).

2.Enfermeira. Prof^a. Dra. da Universidade Federal de São João del-Rei Campus Centro Oeste, Divinópolis, Brasil. E-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br. ID: orcid.org/0000-0001-8250-180X2.

2.Enfermeiro. Prof. Dr. da Universidade Federal de São João del-Rei Campus Centro Oeste, Divinópolis, Brasil. E-mail: danielcortez@ufsj.edu.br. ID: orcid.org/0000-0002-4644-274X

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um problema de saúde pública com relevante impacto epidemiológico dentre as doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, em 2017, estimou-se que havia 12,5 milhões de pessoas com diabetes, com projeção de 20,3 milhões para 2045. Quanto aos gastos, ele é o sexto colocado entre os países com maiores despesas para o tratamento desta condição no mundo ⁽¹⁾. Em 2011, a prevalência de DM na população brasileira era de 5,6%, no entanto, os últimos estudos apontam a prevalência de 6,2% em 2015 ⁽²⁾.

Diante deste quadro epidemiológico associado aos múltiplos fatores (hereditários, individuais e sociais) que interferem no manejo e controle do DM, ações de cuidado e tratamento podem ser consideradas um desafio para o país ^(3,4). Outra característica desta condição crônica é que as práticas de autocuidado respondem por 98% do tratamento, o que exige do profissional de saúde o papel de apoiador e facilitador do cuidado ^(5,6). Este tipo de assistência, baseada no autocuidado, transcende o modelo biomédico, ainda hegemônico no Brasil ⁽⁶⁻⁸⁾.

Nesse contexto, a Atenção Primária a Saúde (APS) tem como diretriz ser, preferencialmente, a porta de entrada do usuário no sistema de saúde e atuar de maneira holística na promoção da saúde, prevenção de doenças e complicações, tratamentos e manutenção da saúde, portanto o ambiente ideal para um cuidado longitudinal e integral da pessoa com DM ⁽⁸⁾. A APS descreve a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como a principal estratégia para a consolidação de suas diretrizes e traz o profissional enfermeiro como um dos membros da equipe interdisciplinar, que conta ainda com no mínimo, o médico, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde ⁽⁷⁻⁹⁾.

Como membro da equipe, o enfermeiro deve acompanhar a pessoa com a condição crônica de DM por meio da consulta de enfermagem que é realizada por um processo

contínuo de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, implementação de intervenções necessárias e avaliação deste processo, pautado sempre no raciocínio clínico para a tomada de decisões e assim, alcançar um planejamento sistematizado do cuidado ^(7,10). Estudos demonstram que a consulta de enfermagem e as ações educativas, quando estruturadas, impactam na auto gestão da saúde, aumentam o estímulo ao autocuidado e contribuem com a mudança de comportamento no cotidiano ^(4,11,12).

Contudo, a consulta de enfermagem ainda não é instituída na maioria dos serviços de saúde no Brasil e, mesmo quando realizada, apresenta lacunas em sua implementação e execução ^(3,12,13). Deste modo, pesquisar a condição crônica DM na APS é sempre atual e relevante diante da magnitude epidemiológica e do impacto nos sistemas de saúde, sendo um ensejo para se discutir o papel do enfermeiro nesta realidade. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção do usuário sobre a consulta de enfermagem individual e coletiva realizadas na ESF.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório realizado mediante abordagem qualitativa, fundamentado na teoria do interacionismo simbólico. A pesquisa qualitativa busca compreender o ser humano e a complexidade de suas relações experienciadas no meio em que vivem, o que permite descrever e explorar a subjetividade individual e coletiva ⁽¹⁴⁾. Já o interacionismo simbólico constitui uma perspectiva teórica que possibilita a busca pela compreensão da realidade e singularidade de cada indivíduo. O ser humano age em relação ao mundo fundamentado nos significados vividos e estes por sua vez se constroem por meio das interações sociais, se modificando e se moldando por meio de suas experiências ⁽¹⁵⁾.

O estudo foi desenvolvido em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) inaugurada em 1999 em um município de médio porte do Estado de Minas Gerais, Brasil, que possui 43

Unidades de Atenção Primária, das quais 32 são ESF com cobertura de 50,8% da população e 11 Unidades Tradicionais. A ESF, cenário desse estudo, possui 2.689 pessoas vinculadas, sendo que 90 estavam cadastrados com diagnóstico de DM tipo 2 no sistema de informação local. Em função da implantação da Residência de Enfermagem em Saúde da Família nesta ESF, somente em 2016 foi implantada a consulta de enfermagem à essa condição crônica de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde ⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva, realizou-se busca ativa e convite dos 90 usuários cadastrados com diagnóstico de DM tipo 2, por meio de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde, abordagem telefônica e pessoalmente na ESF, a agendarem a consulta de enfermagem, participarem de grupos de educação em saúde e receberem visita domiciliar do enfermeiro.

Para a condução das consultas de enfermagem individuais e coletivas foi utilizado um protocolo de intervenção no qual o usuário deveria ser acompanhado pela enfermeira por um período mínimo de seis meses, sendo no mínimo duas consultas de enfermagem e duas atividades de educação em saúde durante o período, realizadas no domicílio ou na própria unidade.

Para o desenvolvimento de todas as atividades definiu-se como suporte o “Protocolo de Mudança de Comportamento”, validado para o Brasil ⁽¹⁶⁾ que consiste em cinco etapas nas quais há: 1) definição de problemas; 2) abordagem de sentimentos e preocupações; 3) estabelecimento de metas; 4) formas de realizá-las e 5) avaliação das ações e dos resultados. Este instrumento direciona o profissional a atuar como facilitador, pautado em uma prática empoderadora na qual o usuário é conduzido a refletir sobre sua condição crônica e a mudar comportamentos ^(17,18).

Foram incluídos na pesquisa os usuários com DM tipo 2 maiores de 18 anos, que possuíam capacidade cognitiva preservada, realizavam as atividades de vida diária e de autocuidado de maneira independente e aceitaram participar de todas as fases do estudo. O

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado ao participante, lido e, após anuência, foi assinado em duas vias.

Considerando a disponibilidade do usuário para participação de todas as atividades previstas no protocolo de intervenção por no mínimo seis meses, o acompanhamento na consulta de enfermagem, inicialmente, contou com 22 participantes. Durante o tempo previsto três desistiram com justificativa de trabalharem no período em que a unidade realizava suas atividades e quatro mudaram da área de abrangência durante o período da coleta, que aconteceu entre setembro de 2016 a junho de 2017. Portanto, os 15 usuários que participaram de todas as etapas do protocolo de intervenção foram convidados para discorrerem sobre suas percepções a respeito da atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem individual e coletiva vivenciada.

Para a coleta de dados, optou-se por realizar o grupo focal. Esta técnica possibilita a imersão de elementos experienciados pelos participantes, por meio da interação e troca durante o diálogo em grupo ⁽¹⁹⁾. Para sua realização foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras: a) Descreva o que percebeu sobre a consulta com a enfermeira?; b) Como você descreveria seu autocuidado em diabetes mellitus antes e depois da consulta com a enfermeira?; c) O que mais lhe chamou a atenção na consulta com a enfermeira? Na técnica do grupo focal, é importante que se estabeleça um roteiro adaptável a cada contexto e que não fuja ao objetivo do estudo ⁽¹⁹⁾.

Foram realizados dois grupos focais de modo que o participante pudesse optar pela data mais adequada, de acordo com a sua disponibilidade. As questões norteadoras para o grupo focal não foram testadas previamente, mas ressalta-se que o facilitador que o conduziu tem expertise em DM e grupo focal e não participou de nenhuma etapa do cuidado de enfermagem estabelecido no protocolo de intervenção, para que não houvesse inibição dos relatos em relação às perguntas norteadoras do roteiro de coleta. Os grupos foram realizados

na própria unidade de saúde, cenário desse estudo, no período noturno, estando presente apenas os participantes e o facilitador e aconteceram no mês de maio de 2017, sendo que o primeiro teve a participação de 11 pessoas e o segundo de quatro. Realizou-se a gravação em áudio, sendo que o primeiro grupo teve a duração de 70 minutos e o segundo de 60 minutos.

Para a análise dos dados, optou-se pela técnica de Análise de Conteúdo temático-categorial, já que permite descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e realizar o seu reagrupamento em categorias empíricas ⁽²⁰⁾. Após a coleta, os materiais dos grupos focais foram organizados e transcritos na íntegra, não sendo retornados aos participantes do estudo para correções ou comentários. Para garantir o anonimato dos participantes, os grupos foram identificados por G1 (Grupo Focal 1) e G2 (Grupo Focal 2).

O estudo foi desenvolvido mediante Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de dezembro de 2012. A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal São João del Rei, CAAE 58517416.5.0000.5545.

RESULTADOS

Dos 15 participantes do estudo, 46,7% (7) eram homens com média de idade de 59,8 anos ($\pm 6,2$) e 53,3% (8), mulheres com média de idade de 65 anos ($\pm 10,9$). Em relação à escolaridade, 6,7% (1) declarou-se analfabeto, 66,7% (10) possuíam de 1 a 8 anos de estudo e 26,6% (4) com 9 a 12 anos de estudo. Quanto a profissão, 60% (9) eram aposentados, 20% (3) se declararam do lar, 13,3% (2) exerciam atividades remuneradas informalmente e 6,7% (1) desempregado. O tempo médio de diagnóstico da condição crônica (DM2) foi de 11,4 anos ($\pm 10,3$). Quanto as complicações referidas 6,7% (1) foi submetido a uma nefrectomia, 6,7% (1) teve Infarto Agudo do Miocárdio e 13,3% (2) já realizaram um Cateterismo Cardíaco.

Em relação ao protocolo de intervenção, foram realizadas 22 consultas na unidade de saúde, das quais oito usuários participaram de uma (53, 3%) e sete (46,7%) de duas; 35 consultas no domicílio, sendo que um usuário recebeu uma (6,7%), seis receberam três (40%) e oito receberam duas (53,3%). Quanto aos grupos de educação em saúde, foram realizados um total de cinco, sendo que dez usuários participaram (66,7%) de dois e cinco (33,3%) de três. Desta forma as atividades mínimas estabelecidas pelo protocolo de intervenção foram alcançadas. É importante ressaltar que as consultas e grupos de educação em saúde eram agendados de acordo com a disponibilidade do usuário.

Da análise de conteúdo na modalidade temática, emergiram duas categorias empíricas: Percepção do usuário quanto à consulta de enfermagem e Empoderamento do usuário por meio da consulta de enfermagem: a dialética entre a construção e a “regressão”.

Categoria 1: Percepção do usuário quanto à consulta de enfermagem

Como a consulta de enfermagem para a condição de DM não era uma realidade na ESF, os participantes da pesquisa começaram a perceber o profissional Enfermeiro como um dos atores envolvidos no cuidado prestado a ele e apontaram o reconhecimento da consulta de enfermagem como parte integrante deste processo.

"Eu acho que esse contato com a [Enfermeira] com a gente trouxe uma segurança no tratamento, um controle, não deixa a gente desmazelar (...) faz a gente tomar os remédios direitinhos, frequentar as reuniões né? (...) eu acho que trouxe uma segurança no tratamento (...)." (G1)

"Na consulta da [Enfermeira] (...) ela conversa mesmo (...) dá aquela oportunidade de você se abrir com ela e conversar né (...) então ela explica é o efeito, porque também não adianta o médico falar assim: Você tira isso, isso, isso e não pode comer porque você é diabética,

pronto. Só que a gente não vai entender, agente é como uma criança e com a [Enfermeira] a gente tá começando a dar os passos ... eu aprendi a dar meus primeiros passos com a [Enfermeira], entendeu?" (G2)

Nesse contexto, o usuário, ao reconhecer os serviços que estão sendo disponibilizados pela equipe e aqueles que são prestados, reflete a necessidade de valorização do que tem disponível em sua ESF e almeja que este cuidado se mantenha.

"Semana passada mesmo eu estava conversando com um rapaz, e ele falou que eu dei sorte, porque diz ele que ele consulta na ESF "X" e ele tem diabetes, mas não faz acompanhamento de nada do diabetes. Falei com ele: mas lá no nosso posto lá tem a [Enfermeira] (...) que cuida muito bem, ela vai nas casas, ela olha, ela pede exame, ela trata da gente muito bem. Aí ele até falou: Não tem jeito de eu passar e participar disso lá também?" (G1)

"Eu acho que está no caminho certo (...) de trazer e de chegar até o público, porque é muito difícil conseguir uma consulta particular, você sabe que pelo SUS são aquelas consultas de dois, três minutos só, né? Então eu acho que vocês estão no caminho certo." (G2)

Categoria 2: Empoderamento do usuário por meio da consulta de enfermagem: a dialética entre a construção e a "regressão"

O usuário, diante de sua condição crônica, desconhece, muitas vezes, as implicações que tal diagnóstico trará para o seu dia a dia, especialmente por questões culturais que podem interferir em sua visão de mundo e em suas escolhas.

"E quando a gente não conhece a doença causa sempre um medo na gente, né? (...) o que eu via falar de diabetes, via falar de amputação por causa de diabetes, e isso causava um certo medo na gente. Agora, depois que eu comecei a frequentar as reuniões e teve essa explicação

aqui em conjunto, a gente sabendo o que é a doença, a gente lida melhor com ela, né? Além de estar tratando, a gente aprende a lidar com ela, eu estou gostando muito." (G1)

"E o povo inventa demais, fala que você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, aí quando você vê mesmo na real, as informações certas aí não tem nada a ver com isso." (G1)

"Eu até presenciei um fato [no hospital] (...) E na cama ao lado tinha um senhor lá com diabetes altíssima, tanto é que ele estava internado porque já tinha amputado parte da perna (...) Aí é que eu fui entender por quê em uma das consultas que eu tive aqui (...). [A enfermeira] perguntou assim: se enxuga no meio dos dedos, se sente os pés. Aí eu falei: é a sensibilidade, né?"(G1)

A consulta de enfermagem individual e coletiva permitiu, na percepção dos participantes, reformulações de antigos conceitos e a abertura para novas concepções, construindo-se assim um alicerce para escolhas mais conscientes.

" (...) Foi muito importante por que eu tinha muito medo, dentro do diabetes tem muito medo, por que você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, não pode comer isso, não pode comer aquilo, e não tem nada disso, você pode comer de tudo (...) nada com exagero, porque nós éramos sem educação, né?"(G1)

"Foi bom [consulta de enfermagem coletiva] que agente tirou dúvida de muita coisa, o que que tem, o que que não tem açúcar, sal, gordura, né? "(G1)

"Porque não tem mais medo da doença, porque a gente já sabe o que é ela e como cuidar dela."(G2)

O usuário começa a se questionar, se aceitar e a perceber sua posição diante da condução de seu autocuidado e as implicações a longo prazo.

"Igual eu falei: só tomar remédio é fácil, você não pode comer isso e isso e isso. Porquê? Por que você é diabética (...) Mais aí, só isso não resolve. " (G2)

"Por exemplo, eu tenho diabetes desde que eu tinha 30 anos, estou com 66, então eu nunca tive uma regularidade nos remédios e não aceitava, era rebelde, comia doce e não queria tomar o remédio, aí com o passar do tempo que eu mudei pra cá, a enfermeira foi tentando (...) a [Enfermeira] foi lá em casa eu não estava fazendo a dieta direito e nem atividade física (...) eu voltei a fazer caminhada e hoje atualmente eu estou fazendo (...) essa influência ela teve. " (G2)

Diante disso, o indivíduo pode se empoderar frente sua condição e a buscar escolhas com base no conhecimento adquirido durante a consulta de enfermagem e ações educativas.

"Nada a gente podia comer, só que aí eu aprendi que a gente pode comer de tudo, mas moderado (...) Então é uma coisa que eu venho aprendendo"(G2)

" (...) Eu não tinha esta atenção comigo: eu punha açúcar na comida, levava “os trem pros coco”. Depois que eu comecei a conversar com a [Enfermeira] agora eu sei o que que eu como, o que eu posso, o que eu não posso, entendeu? "(G1)

" Como eu tomo insulina, duas insulinas (...) eu não tomava assim, sabe? De acordo. Muitas vezes eu tomava errado, aí depois que a [Enfermeira] começou a me orientar (...) eu fiz direitinho, eu fui tomando direitinho sabe? Assim eu comia muitas coisas que não podia comer, agora eu estou comendo as coisas mais certas."(G1)

Verificou-se que o usuário passa a reconhecer os resultados alcançados a partir da implementação das ações de modificação do estilo de vida.

" Eu mudei muito, porque ela [Glicemia] sempre continuava 400 até 600 (...) agora ela tá cem, cento e pouco. " (G1)

No entanto, há a permanência de conceitos preestabelecidos, mesmo após o acompanhamento realizado que devem ser valorizados e desmistificados em futuras abordagens.

" Eu acho que esse trem pega (...) Eu estava conversando com uma amiga minha hoje (...). Ainda falei assim: não sei por quê que apareceu essa doença porque meu avô morreu de velho, pai da minha mãe, tirando o facão da cintura (...) partia aquele queijo desse tamanho assim de manhã, partia em quatro pedaços, assava ele e comia que a gordura corria assim, com uma espumadeira de café fervendo. Tirava o toicinho lá na fumaça, assava e comia e morreu de velho." (G1)

"É uma coisa esquisita a minha família é muito grande e ninguém deu isso [diabetes] só eu, do lado das minhas irmãs, eu tenho sete filho e ninguém nunca deu isso [diabetes]." (G2)

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados do estudo, a baixa escolaridade e o tempo de diagnóstico se assemelham a outros achados e devem ser refletidos de maneira crítica pelo enfermeiro, pois são variáveis influenciadoras no conhecimento e atitudes do usuário frente a sua condição crônica e têm relevância ao se planejar o cuidado ^(21,22).

Ações de saúde planejadas de modo diversificado, com vistas às particularidades individuais e o estímulo à promoção da saúde e ao autocuidado são cada vez mais valorizadas no manejo do DM, diante do impacto positivo na vida do usuário ^(17,18,23). Um ensaio clínico

randomizado acompanhou usuários, deste município, mediante este novo paradigma e obteve resultados positivos tanto no controle metabólico, quanto nas mudanças comportamentais de autocuidado ⁽⁵⁾.

No entanto, há diversos entraves presentes no cotidiano do enfermeiro e da equipe de saúde que dificultam as práticas assistenciais preconizadas como: a alta demanda, fragilidade na referência e contra referência, apoio ineficiente da gestão, manutenção do cuidado pautado no modelo biomédico ^(3,4). Estes fatores podem influenciar a relação usuário/equipe e deixar frágil o cuidado longitudinal e o vínculo ⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Este estudo demonstra que a consulta de enfermagem não era uma realidade instituída na ESF conforme preconizado, ainda que o DM seja uma área de atenção à saúde prioritária. Situações semelhantes foram observadas em outros locais, nos quais além da incipiência quanto a sua realização, há também a manutenção do modelo biomédico ⁽²⁴⁻²⁶⁾. O pouco exercício da consulta de enfermagem, assim como o modelo assistencial vigente, pode influenciar o desconhecimento por parte do usuário sobre este tipo de atividade que é exclusiva do enfermeiro ^(24,25).

Diante das barreiras que o sistema de saúde apresenta e das possíveis limitações individuais de cada profissional, o usuário pode não perceber o enfermeiro como um dos atores envolvidos em seu processo de cuidar, seja pela incipiência das ações realizadas ou pela não realização da consulta de enfermagem como rotina na assistência prestada. Esta complexa teia de relações e fatores podem interferir no autocuidado do DM ^(24,25).

Sob a perspectiva interacionista, a natureza humana é produto de sua comunicação e o sujeito está em constante construção por meio de suas vivências ⁽¹⁵⁾. Assim, as questões sociais, culturais e individuais precisam ser respeitadas e valorizadas, pois influenciam suas escolhas e atitudes a respeito de sua saúde e podem tornar-se um facilitador ou uma barreira na obtenção de bons resultados das intervenções realizadas ^(18,27).

Como evidenciado neste estudo, o usuário atendido por meio de um processo dialógico e sistematizado, seja individualmente ou em grupo, interage com o enfermeiro, recebe o cuidado prestado, se fortalece e constrói o saber a respeito de sua condição e ainda há a troca experiências com seus pares ^(16,17). Sob a ótica do interacionismo simbólico estes pontos se relacionam e provocam uma re-significação de antigos conceitos e há abertura a novos conhecimentos, transformando o sujeito ao longo do tempo ⁽¹⁵⁾.

A utilização do Protocolo de Mudança de Comportamento como norte para a implementação do cuidado direciona para as necessidades individuais e trabalha suas potencialidades e limitações, de modo a estimular um plano de cuidado factível, definido pelo próprio usuário. Este processo busca empoderar e dar significado as ações de auto cuidado realizadas pelo usuário ^(7,15,16,18).

É aconselhável que às ações educativas em grupo ou individuais sobre DM sejam realizadas pelo enfermeiro em parceria com o restante da equipe e aborde temas que estimulem o autocuidado ^(7,23). Destaca-se também, a necessidade de melhorar o nível de conhecimento do usuário sobre sua condição crônica e assim, instigar seu empoderamento e sensibilizá-lo quanto à co-responsabilização no cuidado à sua saúde, pois o indivíduo age com base naquilo que lhe é significativo, de acordo com o interacionismo ^(15,17,18).

Estudo aponta que a avaliação de um programa educativo, organizado e realizado de maneira sistematizado, realizado após cinco anos de seu término, identificou efeito duradouro de suas ações ⁽²²⁾. Tal achado permite inferir, sob a perspectiva do interacionismo simbólico e diante dos relatos, que o conhecimento adquirido pelo usuário nas consultas de enfermagem, foi interiorizado de forma significativa ⁽¹⁵⁾.

Uma análise sobre a importância do enfermeiro dentro de um programa de acompanhamento da pessoa com DM de uma instituição hospitalar pública, demonstrou que o usuário ao ser acompanhado pela enfermagem, de maneira planejada, percebe o profissional

enfermeiro como um ator importante em seu processo de cuidado. Além disso, descreve-o como facilitador de seu conhecimento e orientador de seu autocuidado ⁽²⁸⁾.

Este contato, originado pela comunicação, torna possível a interação entre enfermeiro e usuário e ao analisar esta relação por meio do interacionismo simbólico há a emersão de um símbolo significativo, pois o usuário recebe o cuidado prestado e isto torna-se significativo para ele e não apenas para o enfermeiro⁽¹⁵⁾.

Diante dos resultados positivos no acompanhamento à pessoa com DM, é imperativo que as ações da enfermagem sejam permanentes, pois a mudança de comportamento não acontece em um único contato. A educação ao adulto necessita de idas e vindas e ocorre por repetição, sempre com foco na subjetividade do indivíduo de modo a reforçar e estimular as práticas de autocuidado ^(5,17,22,23).

Salienta-se limites do estudo como: a realização de grupo focal em detrimento de entrevistas individuais pode ter contribuído na inibição na manifestação de alguns participantes; a inibição natural de alguns usuários por não apontarem pontos que podiam ser melhorados na consulta de enfermagem; e o tempo curto de seis meses de acompanhamento dos usuários. Como forma de amenizar, o facilitador procurou estimular todos os usuários a manifestarem suas opiniões, assegurando sigilo e os benefícios da proposta.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que a consulta de enfermagem realizada individualmente ou em grupo, quando direcionada de maneira planejada com foco na gestão do cuidado, auxilia o usuário a reconhecer sua condição crônica, de forma a desmistificar o medo, estimulando o empoderamento e o autocuidado. É importante que o enfermeiro se empodere de suas atribuições e que as consultas de enfermagem sejam instituídas dentro dos serviços de saúde de modo planejado e pautadas em evidências atualizadas.

Espera-se que os resultados, aqui apresentados, estimulem os enfermeiros da APS a realizarem a consulta de enfermagem de modo permanente e com instrumentos norteadores, tendo em vista os relatos positivos deste acompanhamento. Ademais, são necessários outros estudos que englobem também a percepção de enfermeiros sobre a assistência prestada e da gestão a despeito destas ações de modo a triangular todos os olhares com o intuito de aprimorar e fortalecer a consolidação da consulta de enfermagem.

REFERÊNCIA

- 1 International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 8th ed. 2017.
- 2 Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Deborah CM, Helena OCM et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015 [citado 2017 out 21]; 4(2):305-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222015000200305&scr ipt =sci_abstract&tlng=pt.
- 3 Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus à luz da complexidade. Rev. Bras. Enferm Saúde [Internet]. 2017 [citado 2017 out 21]; 70 (5):1048-55. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267052669015_2
- 4 Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 2017 out 12]; 9 (25):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28301037>
- 5 Cortez DN, Macedo MML, Souza DAS, Santos JC, Afonso GS, Reis IA et al. Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: a cluster randomized trial. BMC Public Health [Internet]. 2017 [citado 2017 out 12]; 17 (41):1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219728/>

- 6 Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* [Internet]. 2015 [citado 2017 out 12]; 115 (8):1323-34. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2015/06/02/dc15-0730>
- 7 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado 2016 dez 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf.
- 8 Brasil, Portaria 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 de set 2017, Seção 1, p.68. [citado 2017 out 10]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html>
- 9 Winkelmann ER, Fontela PC. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul 10]; 23 (4): 665-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000400665&script=sci_abstract&tlng=pt
- 10 Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que

- ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2009. [citado 2017 dez 22]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov>
- 11 Mokabel FM, Aboulazm SF, Hassan HE, Al-Qahtani MF, Alrashedi SF, Zainuddin FA et al. The efficacy of a diabetic educational program and predictors of compliance of patients with noninsulindependent (type 2) diabetes mellitus in AlKhobar, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine* [Internet]. 2017 [citado 2017 nov 17]; 24 (3):164 - 72. Disponível em: <http://www.jfcmonline.com/text.asp?2017/24/3/164/213852>
 - 12 Teston EF, Sales CA, Marcon SS. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2017 out 01]; 21(2): 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000200214&script=sci_abstract&tlng=pt
 - 13 Oliveira OS, Bezerra EP, Andrade LL, Gomes PLF, Soares MJGO, Costa MML. Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na prevenção do pé diabético. *J. res.: fundam. care.* [Internet]. 2016 [citado 2017 nov 05]; 8(3): 4841-49. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4398>
 - 14 Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Rev. Ciên. Saúd. Coletiva* [Internet]. 2012 [citado 2017 abr 27]; 17 (3):621-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007
 - 15 Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. *Psicol cienc prof.* [Internet]. 2010 [citado 2017 abr 17]; 30 (1): 146-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100011
 - 16 Cecílio SG. Adequação Cultural: Etapa complementar à tradução e adaptação de instrumentos em saúde [Dissertação] [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais;

- 2016 [citado 2017 nov 05]. Disponível em:
http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDOABBKVX/sumaya_giarola_cecilio.pdf?sequence=1
- 17 Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 51ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.
- 18 Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2010 [citado 2017 mar 19]; 79 (3):277-82. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879465/>
- 19 Gatti, BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro; 2005.
- 20 Bardin L. *Análise de conteúdo*. 70ª ed. Lisboa; 2011.
- 21 Hajwal SK, Jehad SK. Assessment of Self-Care Knowledge among Type II Diabetics Mellitus Patients at Diabetic Center in Babylon Governorate/ Iraq. *International Journal of Scientific and Research Publications*. [Internet], 2016 [citado 2017 jun 09]; 6(8):281-90. Disponível em:
[:http://www.ijsrp.org/research-paper-0816.php?rp=P565702](http://www.ijsrp.org/research-paper-0816.php?rp=P565702)
- 22 Chagas IA, Camilo J, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Teixeira CRS et al. Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [citado 2017 nov 21]; 47(5):1141-46. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78072/82121>
- 23 Maia MA, Reis IA, Torres HC. Associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado 2017 nov 09]; 50 (1):59-65. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0059.pdf
- 24 Silocchi C, Junges JR. *Equipes de Atenção Primária: Dificuldades no Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis*. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2017

- nov 15]; 15 (2): 599-615. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462017005002103&script=sci_abstract&tlng=pt
- 25 Lima AF, Moreira ACA, Silva MJ, Monteiro PAA, Teixeira PG. A Percepção do Idoso com Diabetes Acerca de Sua Doença e o Cuidado de Enfermagem. J. res. Fundam. care. [Internet]. 2016 [citado 2017 set 07]; 8 (3): 4841-849. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/30884>
- 26 Radigonda B, Souza RKT; Cordoni Jr. L; Silva AMR. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes mellitus pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2016 [citado 2017 set 16]; 5(1):115-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00115.pdf>
- 27 Paducha A, Kuske S, Schierecka T, Drostea S, Loerbroksc A, Sorensend M et al. Psychosocial barriers to healthcare use among individuals with diabetes mellitus: A systematic review. Prim. Care Diab. [Internet]. 2017 [citado 2017 nov 27]; 11(6): 495-514. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28918199>
- 28 Chaves MO, Teixeira MRF, Silva SED. Percepções de Portadores de Diabetes Sobre a Doença: Contribuições Da Enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [citado 2017 dez 01]; 66(2), 215-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/10.pdf>