

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI-UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARINA DAMACENO SOUSA DE ARAÚJO LUZ

**ASSISTÊNCIA DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA NO  
RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS**

PICOS – PIAUÍ

2016

MARINA DAMACENO SOUSA DE ARAÚJO LUZ

**ASSISTÊNCIA DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA NO  
RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí – UFPI, no período de 2016.1, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Rumão Batista Nunes de Carvalho

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca José Albano de Macêdo**

**L979a** Luz, Marina Damaceno Sousa de Araújo  
Assistência dos enfermeiros na atenção básica no  
rastreamento de diabetes mellitus / Marina Damaceno Sousa de  
Araújo Luz. – 2016.  
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (54 f.)  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade  
Federal do Piauí, Picos, 2016.

Orientador(A): Prof. Me. Rumão Batista Nunes de Carvalho

1. Diabetes mellitus. 2. Atenção Primária à Saúde.  
3.Saúde Pública. I. Título.

**CDD 616.462**

MARINA DAMACENO SOUSA DE ARAÚJO LUZ

**ASSISTÊNCIA DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA NO  
RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí - UFPI, no período de 2016.1, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 01/08/16.

BANCA EXAMINADORA

Rumão B Nunes de Carvalho

Prof. Me. Rumão Batista Nunes de Carvalho  
Universidade Federal do Piauí/ CSHNB  
Presidente Da Banca

Ana Roberta Vilarouca da Silva

Profa. Dr. Ana Roberta Vilarouca da Silva  
Universidade Federal do Piauí/ CSHNB  
1º examinador

Eduardo Carvalho de Souza

Prof. Esp. Eduardo Carvalho de Souza  
Universidade Federal do Piauí/ CSHNB  
2º examinador

Danelle da Silva Nascimento

Enfermeira Esp. Danelle da Silva Nascimento  
Suplente

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Everton e Das Neves por seus cuidados e ensinamentos, pela dedicação e sabedoria, por ser minha fonte de segurança e motivação.

## AGRADECIMENTOS

As flores que chegaram essa manhã te convidam para compartilhar dos meus próximos e futuros dias e trazem nas suas cores todo o meu amor, dedicação e eternidade! Sensibilidade, felicidade, agradecimento, são as palavras que me definem no fim da realização desse trabalho e desse sonho, de me tornar Enfermeira. Aprendemos que para chegar onde almejamos é necessário persistência, paciência e disciplina. Mais uma vitória conquistada. Essa vitória não é apenas minha, mas compartilhada por muitas pessoas que me apoiaram. Às vezes em palavras não conseguimos decifrar tamanha importância dos sentimentos que afloram nas ações desenvolvidas. Então, só agradece a esse dia que foi dado.

Mais uma vitória conquistada e agradeço infinitamente a Deus e a Mãe Rainha por cuidarem de todos os meus passos, me dando força para seguir adiante, a ter fé e nunca desistir. Toda honra e toda glória sejam dadas a todo o momento a Ti, Senhor.

Agradeço aos meus Pais, Das Neves e Everton, pela força, valores e princípios passados, dedicação e amor sem limites, por terem moldado meu caráter e honestidade. A vocês, eu devo tudo, se doaram por inteiro a mim para que eu chegasse até aqui, iluminaram o meu caminho com amor e nunca pouparam esforços para tornar possível a realização desse sonho, sem vocês tudo seria insignificante. Obrigada por terem acreditado em mim, dividam comigo o mérito dessa conquista, essa vitória é para vocês.

Aos meus irmãos, Moyra e Everton Matheus, pela existência de um elo maior, a cumplicidade e amor que me fortalece. Sou muito feliz pela família que Deus me deu. É com vocês, que quero compartilhar esta conquista e dizer muito obrigada por fazerem parte da minha vida. Amor além da vida.

Aos meus avós e bisavós, em especial à Osmarina, por todo carinho, exemplos de simplicidade. Aos meus padrinhos, Joana e Vicente, pelo amor intenso que me faz progredir.

A toda minha família e amigos, por todo apoio dado e palavras de confiança durante minha graduação.

Aos meus amigos da UFPI para a VIDA, pela amizade, pelo companheirismo e por todas as gargalhadas arrancadas, em especial, Paula Dayane, Raianee, Maiara, Núbia Fernanda, Ana Carla, Stefka, Maria Risonete, Ricardo, Joelton e Jhonny, vocês sabem o quanto meu caminho ficou mais fácil com todos vocês por perto. Minha eterna Gratidão!

De forma especial, agradeço ao meu orientador, Prof. Ms Rumão Batista Nunes de Carvalho, por todo empenho, pela paciência, pela disponibilidade, por ter acreditado em mim e por todos os ensinamentos transmitidos e pela troca de conhecimento compartilhada.

Agradeço a todo corpo docente da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Vocês têm todo o meu respeito, admiração e carinho, são os melhores. Merecem todo reconhecimento.

À minha banca examinadora, por terem aceitado com grande entusiasmo o convite, compartilhando emoções neste dia tão importante em minha vida, minha eterna gratidão.

Ao meu Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, linha de Políticas, Avaliação e Gestão em Saúde, em especial, aos professores que conduziram brilhantemente esse grupo, Prof. Mailson Fontes, Prof. Eduardo Carvalho e Prof. Átila Araújo. Agradeço pelo companheirismo e por todos os momentos de aprendizado. Obrigada a todos.

Ao projeto VER-SUS, por ter despertado uma visão ampliada sobre o conceito de saúde, na qual contribuiu para a minha formação profissional e pessoal. Agradeço aos meus irmãos versusianos por me proporcionarem momentos maravilhosos. Ninguém que atravesse um túnel de experiências tão intensas é possível sair do outro lado com o mesmo formato. E quantos objetivos foram alcançados e vidas transformadas, muitos laços feitos, corações mobilizados e mentes transformadas a favor do SUS e de uma formação reflexiva e com olhar humanizado ao sujeito. Só enquanto eu respirar, vou me lembrar de vocês. Obrigada por todos os sorrisos. Abrasus!!!

Obrigada a todos que contribuíram para à realização deste sonho. Quero compartilhar minha alegria com vocês, pessoas tão especiais. Minha eterna gratidão.

*Mas agora assim fala o Senhor que te criou...Não tenhas medo, pois eu te resgatei, chamei-te pelo nome , tu és meu! Se tiveres de passar pela água, estarei ao teu lado, Se tiveres de varar pelos rios, eles não te submergirão. Se andares pelo fogo, não serás chamuscado e as labaredas não te queimarão. Pois eu sou o Senhor teu Deus, o Santo de Israel, teu salvador.*

*ISAÍAS  
43, 1-3*



## RESUMO

As redes de atenção à saúde permitem que o enfoque na Atenção Básica estabeleça princípios organizativos, propiciando o acesso ao serviço, bem como a avaliação dos impactos das ações no rastreamento do Diabetes mellitus (DM). Objetivou-se analisar a assistência dos enfermeiros da atenção básica no rastreamento do Diabetes Mellitus. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, com amostra de 25 enfermeiros, realizado no período de abril a junho de 2016. A Coleta de dados foi realizada nos meses de maio a junho de 2016, por meio do preenchimento do questionário, realizado nas Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Picos. O questionário continha dados de identificação, socioeconômicos, critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos, estratégias para o rastreamento, dinâmica de organização e encaminhamento no rastreamento e dificuldades encontradas. O projeto foi encaminhado para o comitê de ética em pesquisa, encontrando-se em análise, contando, ainda, com o termo de anuência da secretaria municipal de saúde do município de Picos – PI, para a realização da pesquisa. Dos participantes, 100% eram do sexo feminino. A idade variou entre 23 a 60 anos, com média igual a 34,8  $\bar{x} \pm 7,8$ . Quanto ao aperfeiçoamento, 78,3% participaram de cursos anualmente ( $p=0,379$ ). Quanto ao grau de formação evidenciou-se que as 100% das enfermeiras tinham pós-graduação e que 91,3% se formaram há 3 ou mais anos ( $p=0,007$ ). Na situação laboral destaca-se que 60,9% das enfermeiras que fazem rastreamento de DM, apenas trabalham ( $p=0,650$ ). Destaca-se uma área com um mínimo de 03 fatores e outra com um máximo de 12 fatores de risco observados, e de todas as áreas uma média  $\pm$  DP:  $8,4 \pm 2,5$ . Entre os principais fatores de risco observados nas áreas de atuações, destaca-se como os mais apontados pelas enfermeiras os seguintes: História de pai ou mãe com diabetes (95,8%), Hipertensão arterial (87,5%), História de diabetes gestacional ou de recém-nascidos com mais de 4 kg (79,2%), Dislipidemia (79,2%), Excesso de peso (75,0%) e História de doença cardiovascular (75,0%). Além disso, é desenvolvido entre 1 e 8 estratégias de rastreamento, uma média  $\pm$  DP:  $4,9 \pm 1,7$ . As estratégias para o Rastreamento da DM que mais prevaleceram foram: Campanhas pontuais e realização da glicemia capilar (84,0%), Captação de sintomáticos na UBS (80,0%), Realização de educação em saúde para o público alvo (68,0%). Na dinâmica de organização e encaminhamento no rastreamento do serviço foi detectado que a menor quantidade de dinâmicas desenvolvidas é 2 e a maior é 8, e a média  $\pm$  DP é igual a  $5,4 \pm 1,4$ . As principais dinâmicas destacadas pelas enfermeiras, foram: Realização do encaminhamento para o médico (92,0%) e demanda livre (76,0%). Quanto às dificuldades, 56% dos enfermeiros apontam o excesso de serviço na unidade. Os achados deste estudo permitiu identificar aspectos importantes sobre a utilização do rastreamento de DM durante a assistência de enfermagem, estratégias de rastreamento, dinâmica de organização e encaminhamento, obtendo uma maior percepção da assistência dos enfermeiros sobre as atividades de rastreamento.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus. Atenção primária à saúde. Saúde Pública

## ABSTRACT

Health care networks allow that the focus on primary health care principles set organizational, providing access to the service, as well as evaluating the impact of actions in the screening of diabetes mellitus. This study aimed to analyze the assistance of nurses primary care in screening of Diabetes Mellitus. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study with a sample of 25 nurses, held in the period from April to June 2016. The data collection was carried out from May to June 2016 by completing the questionnaire, carried out in the ESF, the urban area of the municipality of Picos. The questionnaire contained identification data, socioeconomic, criteria for screening of diabetes in asymptomatic adults, strategies for screening, dynamic organization and routing in tracking and difficulties encountered. The project was referred to the ethics committee in research, meeting in question, still relying on the statement of consent of the local health department in the city of Picos- PI for a realização research. Of the participants, 100% were female. Ages ranged from 23 to 60 years, average  $34,8 \pm 7,8$ . The degree of training was evident that 100% of the nurses had graduate and 91.3% have graduated 3 or more years ( $p = 0.007$ ). The employment situation is highlighted that 60.9% of nurses who are tracking DM, just work ( $p = 0,650$ ). Noteworthy is an area with a minimum of 03 factors and another with a maximum of 12 risk factors observed, and an average all areas average  $\pm DP$ :  $8,4 \pm 2,5$ . Among the main risk factors observed in the area of performances, it stands out as the most mentioned by the following nurses: History parent with diabetes (95.8%), hypertension (87.5%), history of gestational diabetes or newborns with more than 4 kg (79.2%), dyslipidemia (79.2%), overweight (75.0%), and history of cardiovascular disease (75.0%). Moreover, it is between 1 and 8 developed screening strategies, an average  $\pm DP$ :  $4,9 \pm 1,7$ . Strategies for Rastremento MD more prevalent were specific campaigns and realization of blood glucose (84.0%), symptomatic Uptake in UBS (80.0%), health education realization for the target audience (68, 0%). The dynamics of the organization and routing in the screening service was detected that the lower dynamic quantity is developed 2 and 8 is greater and the average  $\pm DP$  it's the same as  $5,4 \pm 1,4$ . The main dynamic highlighted by the nurses, were routing realization for the doctor (92.0%), free demand (76.0%). Regarding the difficulties, 56% of nursing service point over the unit. The findings of this study identified important aspects, on the use of DM tracking during nursing consultation, screening strategies, dynamic organization and routing, obtaining a greater perception of nurses of assistance on tracking activities.

**Keywords:** Diabetes mellitus. Attention primary health. public health.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1–</b>	Perfil dos enfermeiros segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2016. (n=25).....	26
<b>Tabela 2–</b>	Principais fatores observados nas áreas de atuações. Picos – PI, 2016. (n=24).....	27
<b>Tabela 3–</b>	Estratégias para o rastreamento do DM nas áreas de atuação das enfermeiras. Picos – PI, 2016. (n=25).....	28
<b>Tabela 4–</b>	Distribuição do número de dinâmicas de organização e encaminhamentos desenvolvidas no rastreamento do serviço. Picos – PI, 2016. (n=25).....	29
<b>Tabela 5–</b>	Distribuição do número de dificuldades encontradas no rastreamento da DM. Picos – PI, 2016. (n=25).....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Piauí
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes.
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1	Geral .....	14
2.2	Específicos.....	14
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
3.1	Conceito e Epidemiologia do Diabetes Mellitus.....	15
3.2	Complicações do Diabetes Mellitus.....	16
3.3	Prevenção do Diabetes Mellitus.....	17
3.4	Rastreamento do Diabetes Mellitus.....	18
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
4.1	Tipo de estudo.....	21
4.2	Local e período de realização do estudo.....	21
4.3	População e amostra.....	21
4.4	Variáveis do estudo.....	22
4.5	Coleta de dados.....	24
4.6	Análise dos dados.....	24
4.7	Aspectos éticos.....	25
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>45</b>
	APÊNDICE A-QUESTIONÁRIO.....	46
	APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	49
	APÊNDICE C- TERMO DE ANUÊNCIA.....	52

## 1 INTRODUÇÃO

As redes de atenção à saúde (RAS) permitem que o enfoque na Atenção Básica estabeleça princípios organizativos, viabilizando delineações nos serviços de saúde e caracterizar a população e seus problemas de saúde, como também a criação de vínculo e responsabilidade entre os serviços de saúde e usuários, propiciando o acesso ao serviço, bem como a avaliação dos impactos das ações no rastreamento do Diabetes mellitus, garantindo a integralidade no fluxo assistencial.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, não sendo uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas.

O SUS é, portanto, o oficial sistema de saúde brasileiro, tendo a Atenção Básica (AB) como porta de entrada preferencial. Esta, caracterizada como um conjunto de ações de saúde individual e coletiva, abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde através de uma atenção integral que impacte na situação de vida e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Seu modelo de atenção encontra-se representado atualmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve como principal finalidade reorientar e reorganizar o modelo de AB existente no país (BRASIL, 2012).

Estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (INTERNACIONAL DIABETES FEDERACION, 2015). Portanto, faz-se necessária a atuação direta de profissionais qualificados e capacitados, a fim de avaliar, prevenir e promover ações de saúde capazes de identificar e minimizar os riscos e vulnerabilidades aos quais esses indivíduos estão expostos.

As perspectivas quanto ao estilo de vida e o ao quadro de envelhecimento populacional aumentam a incidência e prevalência do DM. Estudos brasileiros sobre mortalidade por DM, analisando as causas múltiplas de morte, ou seja, quando se menciona DM na declaração de óbito, mostram que a taxa de mortalidade por essa enfermidade aumenta até 6,4 vezes. Consequentemente, a qualidade no serviço nas redes de saúde vem sendo

utilizado como ferramenta capaz de possibilitar ações efetivas, além de facilitar no rastreamento e diagnóstico, focalizando as ações prioritárias na atenção básica nos grupos de riscos, embora haja a detecção de falhas e deficiências na organização e na assistência da atenção básica, observando que as organizações de saúde devem se manifestar como fator primordial no rastreamento, tendo como influência a escolha do tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cérebro vasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Um Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes. É possível por meio do rastreamento da diabetes nas pessoas com elevação dos níveis pressóricos (acima de 135/80 mmHg) reduzir a incidência de mortalidade e dos eventos cardiovasculares, por meio de um rigoroso controle da pressão arterial. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

No rastreamento do Diabetes Mellitus, a atenção básica deve buscar conhecer as práticas norteadoras da atenção primária à saúde e promover a interlocução entre família e unidade de saúde, podendo modificar as estimativas quanto à incidência e prevalência.

Neste sentido, acredita-se na relevância em torno da ampliação do cuidado, como a colaboração em aderir às práticas que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, na qual, o enfermeiro construirá uma maior autonomia no manejo das doenças crônicas, avançando na superação dos processos contribuintes para a insuficiência das práticas da Atenção Básica, com o intuito de implementar o funcionamento de práticas organizacionais na linha do cuidado, aumentando a resolutividade e reduzindo os custos neste nível de atenção.

Diante disso, o enfermeiro tem papel essencial na prestação de cuidados a indivíduos com DM, principalmente por desenvolver atividades educativas, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, além de contribuir para a adesão destes ao tratamento. Assim, contribuirá para o desenvolvimento do rastreamento, realizando o controle desta doença e para a promoção da saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a Assistência dos enfermeiros da atenção básica no rastreamento do Diabetes Mellitus.

### **2.2 Específicos**

- Identificar o perfil socioeconômico dos enfermeiros da atenção básica no rastreamento do Diabetes Mellitus;
- Caracterizar os fatores de risco identificados no rastreamento do DM;
- Verificar estratégias que favoreçam na organização da Atenção Básica para o rastreamento do Diabetes Mellitus.
- Conhecer a dinâmica da organização e encaminhamento na Atenção Básica no rastreamento do DM;
- Identificar as dificuldades dos profissionais de saúde na organização da Atenção Básica durante o rastreamento do Diabetes Mellitus.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**



### 3.1 Conceitos e Epidemiologia do Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus pertence a um grupo de doenças metabólicas caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), decorrentes de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas, responsável por controlar o nível de glicose no sangue, ajustando a produção e armazenamento de glicose.

A prevalência mundial do DM apresentou um aumento significativo nas últimas duas décadas e, como consequência, o aumento no número de indivíduos diabéticos, devido a fatores como: envelhecimento populacional, níveis crescentes de obesidade e sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012).

O DM configura-se como um dos transtornos crônicos mais frequentes do mundo. A classificação foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCVs) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Existem tipos distintos de diabetes, causados por uma complexa interação de fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. O DM tipo 1, forma presente em 5-10% dos casos, caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas com a consequente deficiência relativa ou absoluta de insulina. Na maior parte dos casos, a destruição destas células é mediada por autoimunidade, existindo, porém, casos em que não há evidências de processo autoimune, sendo referida, portanto, como forma idiopática do DM1. Além dos fatores imunológicos, os fatores ambientais (como vírus e toxinas) e genéticos, têm sido considerados como desencadeadores do DM 1 (TORRES et al., 2011).

O DM tipo 2, forma presente em 90-95% dos casos diagnosticados, caracteriza-se por defeitos na ação da insulina (resistência à insulina) e na sua secreção. A maior parte das pessoas com essa forma de diabetes apresenta sobrepeso ou obesidade. O DM2 geralmente é diagnosticado após os 40 anos, porém pode ocorrer em qualquer idade. As manifestações clínicas mais frequentes e comuns a ambos são: poliúria, polidipsia, polifagia, fadiga, irritabilidade, feridas cutâneas que demoram a cicatrizar, turvação visual, formigamento nas mãos e nos pés e alterações visuais súbitas. Com relação ao tratamento deste distúrbio, pode-se dizer que a sua meta principal consiste em normalizar a atividade da

insulina e os níveis sanguíneos de glicose, a fim de prevenir o desenvolvimento de complicações cardiovasculares e neuropáticas e os cinco componentes essenciais da terapêutica são: tratamento nutricional, exercícios físicos, monitorização, terapia farmacológica e educação (REGO et al., 2006).

A urbanização crescente, o estilo de vida pouco saudável, que inclui dieta com alto teor de gordura e diminuição da atividade física, obesidade e o envelhecimento populacional são fatores responsáveis por essa crescente tendência de incidência da doença na população, gerando um elevado gasto do poder público para o controle e tratamento de suas complicações (SANTOS, 2011).

A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas no âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças crônicas. Entre elas, destaca-se o diabetes *Mellitus*, que conforme as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2000, atingia cerca de 177 milhões de portadores em todo o mundo. A expectativa é de que em 2025, este número chegue a 350 milhões de pessoas (REGO et al., 2006).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2013) 11% da população brasileira, acima de 40 anos são portadores de Diabetes Mellitus. Essa elevada incidência da doença representa uma grande perda econômica para o país, pois impõe ao indivíduo a diminuição de sua produtividade no trabalho, aposentadoria precoce, limitando, assim, as capacidades funcionais.

### 3.2 Complicações do Diabetes Mellitus

As complicações crônicas do DM são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos (WING et al., 2013; HU, 2011), levando a comprometimentos, sobretudo por envolver o sistema circulatório. O diabetes está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macro vasculares, bem como de neuropatias. É causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida.

### 3.3 Prevenção do Diabetes Mellitus

Medidas de prevenção reduzem significativamente a morbimortalidade por DM, por isso constituem prioridades para a saúde pública no mundo. Segundo o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), a prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não-diagnosticados (prevenção secundária) e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando a prevenção de complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

Dentre as doenças crônicas, diabetes mellitus é um problema comum, com alta prevalência, que atinge em todo o mundo um grande número de pessoas de qualquer condição social. Essa enfermidade representa um problema pessoal e de saúde pública com grandes proporções quanto à magnitude e à transcendência, apesar dos progressos no campo da investigação e da atenção aos pacientes. No contexto de doenças crônicas não transmissíveis diagnosticadas e tratadas pela ESF, inclui-se o Diabetes Mellitus (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2010).

Operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de atendimento do SUS, por meio de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde. Essas equipes atuam com diferentes objetivos, entre eles, ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e na manutenção da saúde da população que vive nas comunidades de toda a cidade (BRASIL, 2012).

A prevenção primária protege os indivíduos suscetíveis de desenvolver o DM e tem impacto, por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde quanto a de tratar as complicações da doença. Na rede pública de saúde, cerca de 80% dos casos de DM2 podem ser atendidos predominantemente nos serviços de atenção básica, enquanto os casos de Diabetes Tipo 1 requerem maior participação de especialistas (atenção secundária ou terciária), em virtude da complexidade de seu acompanhamento, representando um dos principais desafios de saúde, pela ameaça à qualidade de vida das pessoas, alto custo para os sistemas de saúde e grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Promoção da Saúde é viabilizada pela educação em saúde, processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social, e, principalmente, na busca da melhoria na qualidade de vida. A prática educativa pautada no

diálogo e na troca de saberes valoriza o conhecimento popular, o estímulo e o respeito à autonomia do sujeito no cuidado de sua própria saúde, e o incentivo à participação ativa no controle social, com vistas a contribuir na melhoria das condições de vida e de saúde da população (SANTOS, 2011).

### 3.4 Rastreamento do Diabetes Mellitus

No Brasil, o estudo Multicêntrico sobre Prevalência de Diabetes Mellitus encontrou uma prevalência geral da doença de 7,6% em pessoas de 30 a 69 anos. Destas, metade não tinha conhecimento de ser portadora da doença e, das previamente diagnosticadas, 22% não faziam nenhum tratamento. O manejo do diabetes deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário. Na prestação de serviços apropriados para os diabéticos, é preciso levar em consideração os principais componentes do sistema de saúde, especialmente a determinação das necessidades e dos recursos locais; o consenso sobre as normas de atenção; a educação e a utilização de todos os profissionais de saúde; e a contínua avaliação da efetividade e da qualidade do tratamento dos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Os testes utilizados para o rastreamento do DM são considerados aceitáveis pela população e têm acurácia relativamente boa. Porém, existe ainda algum questionamento sobre qual o teste, glicemia de jejum ou a glicemia pós-carga de glicose, seria o melhor e qual o ponto de corte ideal para definir a suspeita da doença. Contrário ao rastreamento do DM, ainda não é conhecido o impacto do manejo precoce na evolução da doença, nem se os benefícios alcançados com o tratamento agressivo na fase sintomática podem ser extrapoláveis. Igualmente, os estudos de custos, a relação de custo-efetividade, a organização e infraestrutura necessárias para a realização de programas de rastreamento são pré-requisitos não plenamente satisfeitos por muitos sistemas de saúde. Nessa direção, deve ser considerada a inserção dos indivíduos rastreados e diagnosticados com DM no sistema de saúde, bem como a capacidade do SUS de comportar o grande número de novos casos diagnosticados e prover o rastreamento adequado (ÁLVARO et al., 2011).

Apesar do embasamento teórico apontar para o benefício da identificação precoce de indivíduos sob maior risco, existem controvérsias na literatura sobre a validade de programas de rastreamento para o diabetes. Por exemplo, no Reino Unido, o Comitê Nacional para o Rastreamento não recomenda o rastreamento universal para o diabetes tipo 2,

basicamente pela falta de evidências conclusivas sobre os benefícios da detecção precoce e do tratamento do diabetes não diagnosticado. No Canadá e Estados Unidos, não existe uma recomendação formal para o rastreamento populacional em indivíduos assintomáticos. No entanto, recomenda-se o rastreamento de oportunidade em subgrupos específicos de mais alto risco (GEORG et al., 2011).

A assistência integral à saúde permanece como um grande desafio, na medida em que é necessário combinar todas as dimensões da vida para a prevenção de agravos e recuperação da saúde. Neste sentido, a atenção básica e os diversos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade precisam estar disponíveis para garantir esta assistência (MIRANZI et al., 2008).

A partir da década de 1990, foram realizadas reformas nos sistemas de saúde de diversos países da América Latina com vistas a ampliar o acesso e qualificar os serviços de saúde. Nesse contexto, no Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) se constituem em uma proposição relativamente recente. A sua implementação pretende adequar e ampliar os serviços prestados em consonância com as necessidades de saúde das populações. Nessa lógica, elas propõem o rompimento da gestão baseada na oferta e investem na integralidade da assistência e longitudinalidade do cuidado. Essa tem sido a forma apontada como mais eficaz para enfrentar o incremento da prevalência das doenças crônicas (SILVA; MAGALHÃES, 2011).

Destaca-se, ainda, a necessidade de intensificar as ações de capacitação dos profissionais com vistas a estabelecer um atendimento qualificado. Além disso, essas atividades devem envolver a equipe multiprofissional, instigando em cada trabalhador em saúde o interesse e a participação no rastreamento, tratamento, monitoramento e avaliação dos usuários, além de assegurar o fortalecimento da Atenção Básica (SANTOS, 2011).

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

O acompanhamento de pessoas com diagnóstico de DM deve ser realizado, prioritariamente, pela Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde, por constituir nível próprio de atendimento, com a

estruturação do serviço na lógica programática, na integralidade e longitudinalidade do cuidado e na coordenação das ações e serviços de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF), com notória expansão no Brasil a partir do ano 2000, pauta-se na atuação sob essa lógica programática e na ruptura dos modelos de atenção fragmentados, aproximando o sistema de saúde da população. O acompanhamento periódico de indivíduos com DM, mediante ações de prevenção, identificação, manejo e controle desses agravos e suas complicações, tem como maior objetivo evitar internações hospitalares e reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares (MENDES, 2012).

A AB tem na Estratégia Saúde da Família sua principal representação e seu primordial ponto de atuação, sendo, portanto, uma forma de interligar os níveis hierárquicos de atendimento a saúde e caracterizando-se como uma forma de expansão e qualificação por favorecer uma nova maneira de trabalho com maior potencial de aprofundamento e esclarecimento de seus princípios e diretrizes, ampliando assim a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades por meio de uma melhor relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Um desafio da ESF é controlar as doenças crônicas, causadoras de enormes custos econômicos e sociais. Dentre esses agravos, destacam-se o Diabetes Mellitus tanto por sua prevalência como pelo potencial de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. Um dos papéis da ESF no controle desses problemas é o apoio aos usuários no gerenciamento do adoecimento crônico, por meio da educação em saúde (MENDES, 2012).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo. Segundo Gil (2010), esse tipo de estudo têm como objetivo proporcionar quantificação dos dados, agrupados em tabela, possibilitando sua análise estatística, permitindo o uso de correlações entre as variáveis e outros procedimentos estatísticos, possibilitando a descrição de características de determinada população, estabelecendo a relação entre as variáveis, disponibilizando técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como, o questionário e a observação sistemática.

Para Polit e Beck (2011), os estudos transversais envolvem coletas de dados em determinado ponto do tempo. Desse modo, são adequados para desenvolver a situação, o status do fenômeno e/ou a relação entre eles em um ponto fixo.

### 4.2 Local e período de realização do estudo

O presente estudo foi realizado no período de abril a junho de 2016, nas Estratégias de Saúde da Família do município de Picos-Piauí (PI), sede do território de Desenvolvimento do Vale do Rio Guaribas, que fica situado no centro-sul do estado do Piauí. Possui uma população estimada em 76.544 habitantes conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) (BRASIL, 2010).

Segundo informações colhidas na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Picos, o município conta com 36 unidades básicas de saúde, e dentre essas, 25 unidades estão localizadas no perímetro urbano, na qual serviu como foco para o desenvolvimento da pesquisa, devido à acessibilidade, visto a dificuldade de acesso à zona rural.

### 4.3 População e amostra

A população elegível para o estudo é composta por 25 enfermeiros (as) das estratégias de saúde da família de Picos – PI, abordados nos seus respectivos locais de trabalho. A amostra será igual à população por representar pequeno universo.

Como critérios de inclusão estabeleceram-se os seguintes:

- Que o enfermeiro compoſse o quadro permanente das Estratégias de Saúde da Família do município de Picos-Piauí, exclusivamente da zona urbana, vindo a participar da coleta de dados.

Como critérios de exclusão:

- Impedimento para realização da entrevista.
- Férias ou licença.

#### 4.4 Variáveis do estudo

As variáveis abordadas nessa proposta de pesquisa foram agrupadas em identificação, socioeconômicas, critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos, estratégias para o rastreamento, dinâmica de organização e encaminhamento no rastreamento no serviço e dificuldades encontradas. Essas foram coletadas através de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A).

##### a. Variáveis socioeconômicas

**Idade:** Foi computada em anos.

**Situação laboral:** Foram consideradas as seguintes opções, a saber: apenas trabalha; estuda e trabalha formalmente; estuda e trabalha informalmente.

**Tempo de Formação:** Foram consideradas as seguintes opções, a saber:  $\leq 1$  ano; 1 - 2 anos; 2 - 3 anos;  $\geq 3$  anos.

**Grau de formação:** Foram consideradas as seguintes opções, a saber: Graduação; Pós-graduação; Aperfeiçoamento.

**Capacitação/aperfeiçoamento na área da Atenção Primária:** Foram consideradas as seguintes opções, a saber: anualmente; a cada 2 anos; Não faz; não é fornecida; não conhece os meios.

**Renda familiar:** Foi considerado o valor bruto dos vencimentos mensais da família do pesquisado em reais.

**Classe econômica:** A classificação econômica foi determinada a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) elaborado pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP), bastante difundido entre as publicações. Ele tem como objetivo determinar o poder aquisitivo das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a



população em termos de “classes sociais” e partindo para a classificação em classes econômicas (ABEP, 2014).

O CCEB é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômicos definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E.

De acordo com a ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa), 2014 os cortes do critério no Brasil foram:

CLASSE	PONTOS
A1	42-46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

Fonte: ABEP, 2014

- b. Variáveis acerca da Assistência dos Enfermeiros da atenção básica no rastreamento de DM

**Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos:** Foram consideradas as opções quanto realização ou não do rastreamento; conhecimento dos critérios de rastreamento e identificação dos principais fatores observados no rastreamento do DM na área de atuação de cada enfermeiro.

**Estratégias para o rastreamento:** Foram consideradas as opções, a saber: Capacitação da equipe; Realização de educação em saúde periodicamente para o público alvo; Captação de sintomáticos na UBS; Visita Domiciliária; Interação de toda equipe no processo de rastreamento e encaminhamento; Campanhas pontuais e realização de Glicemia capilar; consultas de rastreamento de rotina.

**Dinâmica de organização e encaminhamento no rastreamento do serviço:** Foram consideradas as opções, a saber: Delimitação de horário fixo (Cronograma) na semana;

Consultas agendadas por demanda dos ACS; Demanda Livre; Disponibilidade de impressos para registro e organização de pacientes com fatores de risco; Mapeamento da área e identificação de pacientes; Realização do encaminhamento para o médico da Unidade; Realização do encaminhamento para serviço especializado; Infraestrutura adequada, equipamento e suprimentos necessários; Não existe uma dinâmica de organização; O atendimento é feito apenas pelo médico da unidade na suspeita de DM.

**Dificuldades encontradas:** Foram consideradas as opções, a saber: Indisponibilidade de tempo necessário para o rastreamento; Excesso de serviço na unidade; Não capacitação relacionada a Doenças crônicas; Falta de infraestrutura, equipamento e suprimentos adequados; Equipe Incompleta; Pouca interação entre equipe e equipe-usuário; Falta de transporte para visitas domiciliares; Indisponibilidade de organização de fluxo assistencial; Demanda excessiva de usuários; Pouca resolutividade pela educação em saúde.

#### 4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada pela pesquisadora, no período de Maio a Junho de 2016, por meio de um questionário, elaborado com base nas variáveis socioeconômicas e acerca da Assistência dos Enfermeiros da Atenção Básica no rastreamento de Diabetes mellitus.

O questionário foi respondido no local de trabalho após aceitação na pesquisa pelos participantes diante a apresentação da proposta pelo pesquisador responsável. Na ocasião foi explicado que se tratava de uma pesquisa sobre a assistência dos enfermeiros da Atenção Básica no rastreamento de Diabetes Mellitus e deveriam responder a um questionário semiestruturado (APÊNDICE A). Ademais, foi assegurado à proteção de identidade e dos dados coletados, e ainda totais liberdade de desistência, em qualquer momento da pesquisa.

Vale salientar que foram esclarecidos os critérios de inclusão e exclusão elaborados para a pesquisa, a obrigatoriedade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### 4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Para a apresentação dos dados, foram dispostos em tabelas, contendo números absolutos e as frequências relativas, cujas principais foram corroboradas com a literatura pertinente, além de serem calculadas as medidas estatísticas e desvio padrão para as variáveis estudadas. Foram aplicados testes estatísticos como, o ANOVA para comparação de médias, e o qui-quadrado, que se destina a encontrar um valor para a dispersão para duas variáveis, sendo significativo quando o valor de  $p$  for  $< 0,05$ .

#### 4.7 Aspectos éticos

Esta proposta de pesquisa, inicialmente foi conduzida a secretaria municipal de saúde de Picos que autorizou a coleta de dados nas estratégias de saúde da família do referido município, através da autorização institucional (APÊNDICE C). Em seguida, o projeto de pesquisa foi submetido para o Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, encontrando-se em análise. Os que concordaram em participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), no qual constavam as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo não trará nenhum prejuízo ou complicações para os participantes, seguindo as normas da resolução 466 /12 (BRASIL, 2012).

A pesquisa não levou os participantes a nenhum risco, nenhum prejuízo ou complicação de ordem física, embora possa fazer com que os participantes demonstrem sentimento de medo e\ou rejeição ao responder ao questionário. Para tanto foram efetivamente esclarecidos quanto a importância da participação no estudo e quão foi construtivo para orientações na melhoria da qualidade do serviço da Atenção Primária durante o rastreamento de Diabetes Mellitus.

Como benefício, o participante contribuiu para a produção de conhecimento científico, favorecendo ao entendimento da importância da temática e para sugestiva melhoria na qualidade da assistência de enfermagem na realização do rastreamento de Diabetes mellitus na atenção básica. Após a análise estatística, foram levadas as informações dos resultados obtidos com a pesquisa aos indivíduos participantes.

## 5 RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 25 enfermeiras atuantes das Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Picos. Na tabela 01 observa-se que, em relação à faixa etária dos profissionais, a média de idades foi aproximadamente 35 anos, na qual todos os participantes eram do sexo feminino e tinham pós-graduação. Não se constatou nenhuma enfermeira que estuda e trabalha informalmente; quando relacionado a situação laboral, prevaleceu 15 (60,0%) que apenas trabalham; já quanto o tempo de formação, o maior percentual foram as enfermeiras que se formaram há 3 ou mais anos, com 22 (88,0%) do total. Prevaleram ainda 19 (76,0%) enfermeiras que fizeram capacitação/aperfeiçoamento todos os anos, e 15 (60,0%) que pertencem a classe econômica B, enquanto que nenhuma participava da classe D.

**Tabela 01** – Perfil dos enfermeiros segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2016. (n=25).

Variáveis	N	%	Md ± Dp
<b>Faixa Etária</b>			
23 - 30 anos	6	24,0	
31 - 40 anos	<b>15</b>	<b>60,0</b>	34,8 <sup>†</sup> ±7,8
41 - 50 anos	3	12,0	
51 - 60 anos	1	4,0	
<b>Sexo</b>			
Masculino	-	-	
Feminino	25	100,0	
<b>Situação Laboral</b>			
Apenas trabalha	<b>15</b>	<b>60,0</b>	
Estuda e trabalha formalmente	10	40,0	
Estuda e trabalha informalmente	-	-	
<b>Tempo de Formação</b>			
≤ 1 ano	1	4,0	
1 - 2 anos	1	4,0	
2 - 3 anos	1	4,0	
≥ 3 anos	<b>22</b>	<b>88,0</b>	
<b>Grau de Formação</b>			
Graduação	-	-	
Pós-graduação	<b>25</b>	<b>100,0</b>	
Aperfeiçoamento	-	-	
<b>Capacitação ou Aperfeiçoamento</b>			
Não faz	4	16,0	
Anualmente	<b>19</b>	<b>76,0</b>	
A cada 2 anos	2	8,0	
<b>Classe Econômica</b>			
A1 + A2	9	36,0	
B1 + B2	<b>15</b>	<b>60,0</b>	
C1 + C2	1	4,0	
D + E	-	-	

Dados da pesquisa. Legenda: Md ± Dp – † Média; ± Desvio Padrão.

Em relação a renda familiar, apenas 15 (60,0%) enfermeiras relataram, dessas, a menor renda foi 3.600,00 reais e a maior 15.000,00 reais, de modo que a média  $\pm$  Desvio-padrão [DP] do total é igual a  $8.618,70 \pm 3.408,90$ . Ao comparar a renda familiar dessas com a realização do rastreamento de DM na área, observa-se que as 14 (93,3%) enfermeiras que realizam o rastreamento possuem uma renda familiar média  $\pm$  DP de  $8,662,86 \pm 3.533,15$  ( $p=0,859$ ).

Identificou-se que 23 profissionais realizam o rastreamento para DM e 24 conhecem os critérios de rastreamento. Ao relacionar as profissionais que realizam rastreamento com aquelas que realizavam capacitação/aperfeiçoamento na área da Atenção Primária, observou-se que 18 (78,3%) participaram de cursos ou aperfeiçoamentos anualmente ( $p=0,379$ ). Em relação ao grau de formação evidenciou-se que as 23 (100,0%) enfermeiras que tinham pós-graduação e as 21 (91,3%) que se formaram há 3 ou mais anos, são as mais prevalentes na realização do rastreamento para DM ( $p=0,007$ ). Na situação laboral destaca-se que as 14 (60,9%) enfermeiras que fazem rastreamento de DM, apenas trabalham ( $p=0,650$ ).

Na tabela 02 identificaram-se os principais fatores de risco observados no rastreamento do DM nas respectivas áreas de atuação. Do total apenas 1 enfermeira relatou não conhecer os critérios de risco para o rastreamento do DM, ficando de fora do quantitativo da tabela 02. Ainda relacionado aos fatores observados, destaca-se uma área com um mínimo de 03 fatores e outra com um máximo de 12 fatores observados, de um total de 12, e de todas as áreas uma média  $\pm$  DP:  $8,4 \pm 2,5$  fatores observados. Entre os principais fatores de risco observados nas áreas de atuações, destaca-se como os mais apontados pelas enfermeiras os seguintes: História de pai ou mãe com diabetes (95,8%), Hipertensão arterial (87,5%), História de diabetes gestacional ou de recém-nascidos com mais de 4 kg (79,2%), Dislipidemia (79,2%), Excesso de peso (75,0%) e História de doença cardiovascular (75,0%).

**Tabela 02**–Principais fatores observados nas áreas de atuações. Picos – PI, 2016. (n=24).

Variáveis	Fatores observados			
	Sim		Não	
	n	%	N	%
F1 Excesso de Peso (IMC > 25 Kg/m <sup>2</sup> )	18	75,0	6	25,0
F2 História de pai ou mãe com diabetes	23	95,8	1	4,2
F3 Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos)	21	87,5	3	12,5
F4 História de diabetes gestacional ou de recém-nascidos com mais de 4 kg	19	79,2	5	20,8
F5 Dislipidemia	19	79,2	5	20,8
F6 Exame prévio de HbA1c $\geq 5,7\%$ , tolerância diminuída à glicose de jejum alterada	17	70,8	7	29,2
F7 Obesidade severa, acanthosis nigricans	17	70,8	7	29,2

F8	Síndrome dos ovários policísticos	10	41,7	14	58,3
F9	História de doença cardiopulmonar	18	75,0	6	25,0
F10	Inatividade física	16	66,7	8	33,3
F11	Idade $\geq 45$ anos	14	58,3	10	41,7
F12	Risco Cardiovascular moderado	10	41,7	14	58,3
		<b>N</b>		<b>%</b>	
<b>Menos que 7 fatores observados</b>		5		20,8	
<b>7 ou mais fatores observados</b>		<b>19</b>		<b>79,2</b>	

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: F – Fatores Observados.

Através da relação entre as 19 UBS, nas quais as enfermeiras apontaram observar 7 ou mais fatores em suas áreas (n=19), com as estratégias voltadas para o rastreamento é possível identificar que prevalecem 10 (52,6%) unidades que desenvolvem de 4 a 5 estratégias para o rastreamento do DM (p=0,403). Ao tentar relacionar essas UBS, com as dinâmicas de organização e encaminhamento no rastreamento do serviço, observa-se que há uma prevalência de 10 unidades que desenvolveram de 6 a 7 dinâmicas no serviço (p=0,160). E ao observar as mesmas 19 UBS, com as dificuldades encontradas no serviço, observa-se que 10 (73,8%) unidades apresentam até 3 dificuldades no desenvolvimento do serviço em relação ao manejo da DM (p=469).

A tabela 03 traz as estratégias apontadas pelas enfermeiras no rastreamento do DM nas respectivas áreas de atuações. De todas as áreas, observa-se a que desenvolve um mínimo de 1 estratégia e outra com a máxima de 8 estratégias para o rastreamento, de um total de 9, com uma média  $\pm$  DP:  $4,9 \pm 1,7$  estratégias para o rastreamento da DM. Observa-se ainda, segundo a tabela 03, que as estratégias para o Rastreamento da DM que mais prevaleceram foram: Campanhas pontuais e realização da glicemia capilar (84,0%), Captação de sintomáticos na UBS (80,0%), Realização de educação em saúde para o público alvo (68,0%).

**Tabela 03** – Estratégias para o rastreamento do DM nas áreas de atuação das enfermeiras. Picos – PI, 2016. (n=25).

Variáveis	Estratégias para Rastreamento			
	Sim		Não	
	n	%	N	%
E1 Capacitação da Equipe	15	60,0	10	40,0
E2 Realização de educação em saúde periodicamente para o público alvo	17	68,0	8	32,0
E3 Captação de sintomáticos na UBS	<b>20</b>	<b>80,0</b>	5	20,0
E4 Visita domiciliária	15	60,0	10	40,0
E5 Interação de toda equipe no processo de rastreamento e encaminhamento	15	60,0	10	40,0
E6 Campanhas pontuais e realização de Glicemia capilar	<b>21</b>	<b>84,0</b>	4	16,0
E7 Consultas de rastreamento de rotina	15	60,0	10	40,0

E8 Outras estratégias	4	16,0	21	84,0
	<b>N</b>		<b>%</b>	
<b>Menos que 5 estratégias para o rastreamento</b>	10		40,0	
<b>5 ou mais estratégias para o rastreamento</b>	<b>15</b>		<b>60,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa. E – Estratégias para o Rastreamento.

Ainda na tabela 03 é possível observar no item E8, que além das estratégias apontadas no instrumento, 4 unidades utilizam de outras estratégias para o rastreamento da DM, sendo essas: 1 unidade em que a enfermeira refere realizar a Capacitação das ACS e 1 unidade em que a enfermeira refere realizar a Glicemia aleatória (sem fatores de risco), além de outras 2 unidades em que as enfermeiras relataram utilizar outras estratégias, porém não as especificaram.

Avaliou-se com a tabela 04 o quantitativo das dinâmicas de organização e encaminhamento no rastreamento do serviço. A menor quantidade de dinâmicas desenvolvidas foi 2 e a maior 8, de um total de 11, e uma média  $\pm$  DP:  $5,4 \pm 1,4$  dinâmicas. Ainda na tabela 04, no item D11, apresentou-se 2 outras dinâmicas de organização e encaminhamento que foram apontadas, porém não especificadas. As principais dinâmicas e formas de organização dos serviços destacadas pelas enfermeiras, foram: Realização do encaminhamento para o médico (92,0%), demanda livre (76,0%), consultas agendadas por demandas dos ACS (72,0%), delimitação de horário fixo na semana (60,0%) e realização do encaminhamento para serviços especializados (60,0%).

**Tabela 04** – Distribuição do número de dinâmicas de organização e encaminhamentos desenvolvidas no rastreamento do serviço. Picos – PI, 2016. (n=25).

Variáveis	Dinâmicas e Encaminhamentos			
	Sim		Não	
	n	%	N	%
D1 Delimitação de horário fixo na semana	15	60,0	10	40,0
D2 Consultas agendadas por demandas dos ACS	18	72,0	7	28,0
D3 Demanda livre	19	76,0	6	24,0
D4 Disponibilidade de impressos para registro e organização de pacientes com fatores de risco	16	64,0	9	36,0
D5 Mapeamento da área e identificação de pacientes	13	52,0	12	48,0
D6 Realização do encaminhamento para o médico da Unidade	23	92,0	2	8,0
D7 Realização do encaminhamento para serviços especializados	15	60,0	10	40,0
D8 Infraestrutura adequada, equipamento e suprimento necessário	12	48,0	13	52,0
D9 Não existe uma dinâmica de organização	2	8,0	23	92,0
D10 O atendimento é feito apenas pelo médico da unidade na suspeita de DM	-	-	25	100,0
D11 Outras dinâmicas de organização e encaminhamento	2	8,0	23	92,0
	<b>N</b>		<b>%</b>	
<b>Menos que 6 dinâmicas de organização e encaminhamentos</b>	12		48,0	
<b>6 ou mais dinâmicas de organização e encaminhamentos</b>	<b>13</b>		<b>52,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: D- Dinâmicas de organização e encaminhamentos do serviço.

É possível encontrar na tabela 05 as principais dificuldades encontradas no rastreamento do DM no serviço de saúde. O menor quantitativo de dificuldades encontradas foi 1 e a maior 6 de um total de 11 apontadas, e uma média  $\pm$  DP:  $2,4 \pm 1,3$  dificuldades. Foram apontadas 4 outras dificuldades no item DE11, porém também não especificadas. As principais dificuldades encontradas relatadas pelas enfermeiras foram as seguintes: Excesso de serviço na unidade (56,0) falta de infraestrutura, equipamentos e suprimentos adequados na unidade (40,0%), falta de transporte para visitas domiciliares (36,0%) e pouca resolutividade pela educação em saúde (32,0%).

**Tabela 05** – Distribuição do número de dificuldades encontradas no rastreamento da DM. Picos – PI, 2016. (n=25).

Variáveis	Dificuldades Encontradas				
	Sim		Não		
	n	%	N	%	
DE1	Indisponibilidade de tempo necessário para o rastreamento	5	20,0	20	80,0
DE2	Excesso de serviço na unidade	14	56,0	11	44,0
DE3	Não capacitação relacionada a doenças crônicas	3	12,0	22	88,0
DE4	Falta de infraestrutura, equipamento e suprimentos adequados	10	40,0	15	60,0
DE5	Equipe incompleta	-	-	25	100,0
DE6	Pouca interação entre equipe-usuário	1	4,0	24	96,0
DE7	Falta de transporte para visitas domiciliares	9	36,0	16	64,0
DE8	Indisponibilidade de organização de fluxo assistencial	2	8,0	23	92,0
DE9	Demanda excessiva de usuários	5	20,0	20	80,0
DE10	Pouca resolutividade pela educação em saúde	8	32,0	17	68,0
DE11	Outras dificuldades encontradas	4	16,0	21	84,0
		<b>N</b>		<b>%</b>	
<b>Menos que 6 dificuldades no rastreamento</b>		<b>24</b>		<b>96,0</b>	
<b>6 ou mais dificuldades no rastreamento</b>		<b>1</b>		<b>4,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: DE – Dificuldades encontradas.

Diante dos resultados apresentados, foi possível mensurar e relatar os participantes, onde 100% pertenciam ao sexo feminino, com faixa etária entre 23 e 60 anos. No tocante a classe econômica, 60 % dos enfermeiros enquadravam-se nas classes B1 e B2, às quais 60% apenas trabalham, 88% com formação há 3 ou mais anos, onde 76% realiza cursos ou aperfeiçoamento anualmente na atenção primária. O estudo mostrou resolutibilidade no rastreamento das pessoas com diabetes mellitus assintomáticos, residentes nas áreas atendidas pela Estratégia Saúde da Família– ESF.



## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a assistência dos enfermeiros da atenção básica no rastreamento de Diabetes Mellitus, além de buscar identificar fatores de risco, estratégias, dinâmicas de organização e encaminhamento e dificuldades encontradas relacionadas a execução do rastreamento de Diabetes mellitus. Os resultados permitiram uma maior análise da assistência dos enfermeiros durante o rastreamento. A amostra foi realizada com 25 enfermeiros nas estratégias de saúde da família da zona urbana, onde a partir dos dados estimados anteriormente, serão realizados comparativos com a literatura nacional e/ou internacional.

No município de Picos (PI), onde a cobertura e a proporção de indivíduos são atendidos na atenção básica, as atividades de rastreamento de DM durante a assistência de enfermagem, de acordo com as diversas estratégias que dispunha o rastreamento, assim como a concentração de consultas médicas para os grupos de risco em que se enquadrava, tinha a facilidade de ser realizada devido à cobertura. Tais resultados sugerem dificuldade na cobertura integral das estratégias de rastreamento dos indivíduos com DM no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, cabe lembrar a meta populacional ideal de 3.000 pessoas atendidas por cada equipe de Saúde da Família, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica– PNAB (BRASIL, 2012).

Neste estudo, durante as atividades de rastreamento de DM, as ESF estudadas, 79,2% apresentam mais de 7 fatores de risco na área de cobertura, onde 20,8% apresentam menos de 7 fatores de risco observados para os critérios de rastreamento, na qual os fatores de risco mais apresentados nas áreas foram História de pai ou mãe com diabetes (95,8%); Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos ( 87,5%); História de diabetes gestacional ou de recém-nascidos com mais de 4 kg (79,2%); Dislipidemia (79,2%); Excesso de Peso (IMC > 25 Kg/m<sup>2</sup>) (75%);

Quanto às estratégias para o rastreamento que dispunha, estavam a capacitação da equipe, realização de educação em saúde periodicamente para o público alvo, captação de sintomáticos na UBS, visita domiciliária, interação de toda equipe no processo de rastreamento e encaminhamento, campanhas pontuais e realização de Glicemia capilar, consultas de rastreamento de rotina. Dentre essas estratégias, 40% dos enfermeiros realizam menos de 5 estratégias adscritas, enquanto que 60% utilizam 5 ou mais estratégias. As estratégias mais realizadas pelas Enfermeiras foram Campanhas pontuais ( 84%) e realização de Glicemia capilar; Captação de sintomáticos na UBS (80%); Realização de educação em

saúde periodicamente para o público alvo (68%); Visita domiciliária ( 60%); Outras estratégias foram mencionadas, sendo a capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e glicemia aleatória em assintomáticos.

Visto que a maioria dos Enfermeiros conduzem como uma das principais estratégias realizadas as visitas domiciliares, é visto que a mesma dispõe de grande relevância nesse estudo. Tal constatação podem ser mais bem compreendida por Sakata et al. (2007), que evidenciam que a equipe de saúde compreende que as visitas domiciliares são uma ferramenta de aproximação entre profissionais e usuário, mas que o tempo para a sua realização é sempre identificado como insatisfatório por concorrer com muitas outras tarefas.

Outro estudo, de metodologia análoga, focalizando a visão do usuário sobre a visita domiciliar, obteve achados semelhantes, que dão indícios de que essa atividade é percebida como algo esporádico e que não contribui nem para melhorias na assistência profissional, nem para a organização do serviço (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). Esses resultados corroboram para a compreensão de que práticas como a assistência domiciliar podem contribuir na transformação dos cuidados à saúde na atenção primária, mas que ainda precisam ser incorporadas na agenda semanal dos enfermeiros (SANTOS et al., 2012). Para que uma avaliação do alcance de uma estratégia de ação seja indutora de mudanças, é fundamental o estabelecimento de metas atingíveis no rastreamento. Frente a essa questão, pode-se cogitar a necessidade de readequação estrutural e das práticas adotadas na rede básica, para que estejam em consonância com as necessidades de saúde da população.

Quanto à dinâmica de organização e encaminhamento desenvolvidas no rastreamento do serviço, foram estabelecidas as seguintes dinâmicas: delimitação de horário fixo na semana, consultas agendadas por demanda dos ACS, demanda livre, disponibilidade de impressos para registro e organização de pacientes com fatores de risco, mapeamento da área e identificação de pacientes, realização do encaminhamento para o médico da unidade, realização do encaminhamento para serviços especializados, infraestrutura adequada, equipamento e suprimento necessário e o atendimento é feito apenas pelo médico da unidade na suspeita de DM. Então foi mensurado que 52% dos Enfermeiros realizam 6 ou mais dinâmicas descritas e 48% utilizavam 6 ou menos dinâmicas. A principal dinâmica de organização destacada foi a demanda livre ( 76%). As principais formas de encaminhamento foram à realização do encaminhamento para o médico da Unidade (92%)e realização do encaminhamento para serviços especializados(60%);

Esses achados podem dar elementos para a compreensão do cenário evidenciado pelo presente estudo, no qual os serviços de AB estão acessíveis às demandas espontâneas.

No entanto, o baixo volume de buscas por atendimentos nos casos de intercorrências nas UBS indica que elas não são reconhecidas como serviços de procura regular. Nesse sentido, vale salientar que capacidade de uma UBS de equilibrar os atendimentos programados e a demanda espontânea de forma adequada e resolutiva é o que vai caracterizar o serviço como de primeiro contato e de uso continuado (STARFIELD, 2002).

Todavia, uma análise minuciosa sobre situações que demandam utilização dos serviços na atenção primária de saúde empreendida por Santos e Penna (2013) mostra um descompasso entre as necessidades e demandas dos usuários e o que os profissionais julgam que eles necessitam. Os usuários que buscam espontaneamente atendimentos em unidades de saúde de AB, geralmente, procuram por consulta médica, com encaminhamentos para especialistas ou para realização de exames. Entretanto, tais demandas não recebem o encaminhamento adequado, pois são interpretadas pelos profissionais de saúde como sendo equivocadas e desnecessárias. Apesar de essa atividade integrar a prática desses profissionais, na perspectiva de concretização de um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde da população, os resultados encontrados por este estudo sugerem que a consulta de enfermagem não faz parte do trabalho cotidiano dos enfermeiros.

Para o DM estão previstas medidas preventivas e de promoção da saúde, como ações educativas sobre condições de risco, apoio para prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, monitorização dos níveis de glicose sanguínea e diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, e encaminhamento de casos (SILVA, 2011). Considerando-se este estudo com os enfermeiros da atenção básica sobre a realização do rastreamento na sua assistência, chama a atenção para a factibilidade das metas de cobertura desses agravos pela APS.

O alcance das ações preconizadas indica que a adscrição do território de atuação da ESF estabelece a garantia da realização do atendimento nos programas que são disponibilizados para o rastreamento nas demandas de saúde. Sugere-se, portanto, a não existência da organização durante as atividades de rastreamento, onde 76% dos enfermeiros consideravam a demanda livre como principal método de organização do fluxo assistencial atingindo toda a cobertura.

No processo de estruturação e organização, ou seja, na institucionalização de uma RAS, alguns elementos são essenciais. População, modelo de atenção e serviços de saúde precisam estar interligados a fim de que se possa romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de

saúde da população, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção. Nesse sentido, a população de responsabilidade da RAS deve ser totalmente conhecida e estratificada em subpopulações por fatores de risco (MENDES, 2012). No que se refere à RAS ao portador de DM, as ações de cadastro e de seleção por fatores de risco foram caracterizadas como implantadas. Corroboram a não realização dessas ações a inexistência de protocolos para estratificação dos pacientes por risco. Quanto a delimitação de horário fixo, foi verificada em 60% das ESF estudadas e 76% apontam a disponibilidade de impressos para registro e organização de pacientes com fatores de risco como opção para a organização durante o rastreamento.

Parte da dificuldade em atingir a cobertura e a concentração satisfatória das atividades analisadas pode resultar da organização do modelo de atenção, sugerindo a ideia de que a maioria dos usuários busca espontaneamente o atendimento. Essa hipótese pôde ser verificada na análise dos fatores associados à cobertura de consulta médica. A consulta médica é atividade essencial do rastreamento. Ela permite reavaliar o tratamento, os valores pressóricos, motivar a capacidade de autocuidado e encaminhar o paciente para outros profissionais de saúde quando necessário, atendendo a necessidade, incentivando para as práticas de educação em saúde. Estudo conduzido em quatro grandes centros urbanos brasileiros evidenciou que boa parte dos atendimentos de equipes de saúde da família é oriunda de demandas espontâneas da população, indicando que as unidades de AB à saúde também estão atentas a esse tipo de demandas (SANTOS et al., 2012).

Quanto às dificuldades encontradas para a realização do rastreamento, foi encontrada a indisponibilidade de tempo necessário para o rastreamento, excesso de serviço na unidade, não capacitação relacionada a doenças crônicas, falta de infraestrutura, equipamento e suprimentos adequados, pouca interação entre equipe-usuário, falta de transporte para visitas domiciliares, indisponibilidade de organização de fluxo assistencial, demanda excessiva de usuários e pouca resolutividade pela educação em saúde, na qual 96% dos enfermeiros obtiveram menos que 6 dificuldades apresentadas e 4% dispuseram de menos de 6 dificuldades relacionadas a realização do rastreamento de DM, onde 56% afirmam que a principal dificuldade é o excesso de serviço na unidade.

Cabe aos gestores fornecer a estrutura adequada para o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais, respeitando os princípios das boas práticas clínicas e o projeto terapêutico individual ajustado às condições clínicas de cada usuário e, aos usuários, agir com disciplina no autocuidado (GONÇALVES et al., 2013). De acordo com as dificuldades mencionadas para a não realização do rastreamento de DM pelos enfermeiros,

encontram-se o excesso de serviço na unidade, alta demanda de usuários dos serviços de atenção básica, descrença da população no profissional enfermeiro e falta de espaço físico.

Consideraram-se as atividades de educação em saúde, além de facilitadoras da vinculação dos portadores à rede básica (REINERS et al., 2008; RIBEIRO et al., 2012), também estratégicas para a busca da produção de autonomia dos pacientes. Nesse sentido, pode-se observar que as ações educativas grupais não são suficientemente valorizadas pela AB. Esse resultado, somado às evidências da baixa frequência de ações de promoção e prevenção anteriormente apontadas, fornece elementos para a inferência sobre a baixa efetividade da AB no manejo da diabetes (SIQUEIRA et al., 2009; PICCINI et al., 2012). Neste estudo 68% afirmam a educação em saúde como uma das estratégias, no entanto 32% apontam como dificuldade a pouca resolubilidade na educação em saúde.

O acúmulo de funções assumidas pelos Enfermeiros, incluindo a falta de aperfeiçoamento para as atividades específicas do rastreamento, como também a falta compreensão da população em entender a magnitude do problema em torno do Diabetes Mellitus, fortalecida pela pouca informação sobre as atividades de rastreamento nas ESF. É possível que essa situação decorra, principalmente, da ausência de organização na atenção primária e da desvalorização da atividade de rastreamento. Segundo um grupo italiano de gestão do controle da DM tipo 2 no adulto, o treinamento dos profissionais de saúde em equipe é o elemento-chave no bom manejo das doenças crônicas e pré-requisito para incorporação das atividades recomendadas pelas políticas nacionais de saúde, associado à integração entre os níveis primário e secundário de atenção (SANTOS et al., 2013).

Tal situação sugere dificuldades na implementação de mudanças no processo de trabalho e fortalece a necessidade da educação permanente dos profissionais da Saúde, orientada pelo princípio da interação entre a equipe e pela valorização do Enfermeiro em sua atuação no serviço, de tal forma que a consulta de enfermagem no rastreamento de DM seja efetivada atingindo todas as metas estabelecidas. Para o aprimoramento dessas atividades, com vistas à promoção, prevenção e cumprimento das metas, reveste-se da maior importância a incorporação da prática avaliativa no serviço de Atenção Básica, incluído o monitoramento dos indicadores de desempenho de cada equipe de Saúde da Família durante as atividades de rastreamento, com destaque para o acompanhamento das condições crônicas (FAUSTO et al., 2014).

Existem critérios na literatura internacional que norteiam a indicação do rastreamento de populações assintomáticas. Um desses critérios é a importância ou magnitude do problema de saúde pública considerado, além do fato da história natural do diabetes ser

bem conhecida. Aproximadamente a metade dos diabéticos não sabem de sua condição e existe um período de latência assintomático significativo, que varia de quatro a 12 anos. Durante esse período, teoricamente, poderiam ser aplicadas intervenções específicas buscando redução das complicações e mortalidade associadas ao DM (ALMEIDA et al., 2012).

Apesar da falta de consenso sobre o melhor método para rastreio e diagnóstico do DM, sabe-se que o sucesso da detecção do diabetes depende do diagnóstico mais precoce possível, durante a assistência, a fim de que o paciente possa beneficiar-se do tratamento, melhorando os resultados. Novos estudos que avaliem os potenciais fatores que levam a falhas do rastreio e diagnóstico de DM devem ser conduzidos em outras regiões e de forma prospectiva. A identificação desses fatores pode facilitar o desenvolvimento e implementação de ações efetivas com intuito de modificar a presente realidade (ÁLVARO et al., 2012).

Apesar de ser uma ferramenta útil e necessária, o protocolo de estratificação de risco isoladamente não é capaz de definir o risco ou a vulnerabilidade do indivíduo. O Ministério da Saúde destaca que o diálogo, a interação, a escuta, o respeito e o acolhimento do usuário e sua queixa são necessários para avaliação do potencial de agravamento (BRASIL, 2012). Essas ações contribuem para aumentar a resolutibilidade da APS.

Em um estudo desenvolvido por Medina e Hartz (2009), averiguou-se a participação efetiva do ACS, com o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção, sobretudo por meio de visitas domiciliares e grupos educativos, assemelhando-se ao que informou essa categoria profissional nessa pesquisa, quando citaram atividades de educação em saúde e orientações. Neste estudo verificou-se que os profissionais de saúde realizam atividades relevantes junto aos diabéticos, mas, em geral, não planejam essas ações, nem existe uma continuidade na oferta. Além disso, pouco se observa a busca ativa de diabéticos e na implementação das ações coletivas, que, quando são realizadas, partem principalmente da iniciativa de enfermeiros e agentes comunitários de saúde, demonstrando que o rastreamento de DM não tem sido desenvolvido em sua plenitude e, em geral, as atribuições preconizadas pelo MS distanciam-se da realidade do município.

Outras possíveis limitações na qualidade da assistência durante o rastreamento são relativas à metodologia de organização referentes ao cadastramento, particularmente em relação à capacitação dos profissionais e aperfeiçoamento relacionado a doenças crônicas. Outro ponto importante diz respeito a impressos específicos do rastreamento de diabetes mellitus, pois, na maioria das ESF apresentadas, as enfermeiras referenciam que não há impresso específico para tal, havendo dificuldade na assistência de enfermagem, o que pode

oportunizar a perdas da captação de casos, dificultando a avaliação da qualidade da assistência.

Ainda como prerrogativa de funcionamento da Rede de Atenção à Saúde ao portador de DM, a APS deve funcionar como ordenadora e coordenadora do cuidado. Nesse sentido, para que as necessidades de saúde sejam atendidas nos espaços tecnológicos mais adequados e para que a APS garanta a continuidade da atenção, ela deve realizar encaminhamentos para consultas com especialistas, realização de exames ou ainda para práticas corporais e/ou integrativas, sempre que detectada necessidade (TANAKA, 2011).

Dessa forma, esses encaminhamentos são essenciais para uma melhor continuidade da oferta do cuidado na atenção básica do município. É essa comunicação entre os pontos de atenção da rede que darão racionalidade ao atendimento, evitando que consultas e exames sejam realizados em duplicidade ou que sejam solicitados desnecessariamente.

O encaminhamento para outros níveis de atenção foi considerado implantado em todas as ESF. Um importante fator que contribuiu para isso foi a existência e utilização do fluxograma de atendimento ao DM verificadas no município. Giovanella; Escorel e Mendonça (2003) consideram o estabelecimento de fluxos uma importante estratégia para a integração do sistema e melhoria da referência. Ressalta-se que compreender a dinâmica de organização e encaminhamento é crucial para desvendar as especificidades relacionadas às dificuldades durante as atividades de rastreamento de DM, implementadas no âmbito da Atenção Básica.

Já a contrarreferência foi caracterizada como não implantada tanto pelas unidades básicas de saúde. Esses resultados estão em consonância com o estudo de Fausto et al. (2014), que verificaram que 52% dos especialistas para quem os pacientes são encaminhados nunca entram em contato com a ESF para trocar informações. No mesmo sentido, Giovanella; Escorel e Mendonça (2003) observaram que um terço ou mais dos profissionais de nível superior das ESF nunca recebem qualquer tipo de contrarreferência de pacientes atendidos na Atenção Especializada (AE).

Muitos autores concordam que a resolubilidade da atenção básica depende, em grande medida, do acesso aos serviços especializados (ESCOREL et al., 2007) e que essa dificuldade de acesso tem se revelado um dos principais entraves na garantia da integralidade da atenção (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), condição indispensável para efetiva implantação das RAS.

Assim, atualmente, as equipes de saúde da família necessitam incorporar habilidades educativas, imprescindíveis ao desenvolvimento de um processo de trabalho

condizente com o modelo de atenção às doenças crônicas, a fim de estabelecer a troca de conhecimentos e a transformação da realidade (FERNANDES; BACKES, 2010; MENDES, 2012).

Numa análise econômica dos gastos do SUS, 43,8% dos gastos são destinados à assistência hospitalar e ambulatorial (ações de média e alta complexidade), 19,6% à atenção primária à saúde, 4,1% para procedimentos profiláticos e terapêuticos e 1,8% à vigilância em saúde (BRASIL, 2006). Observa-se uma dificuldade na aplicação dos recursos nos diferentes níveis de atenção, necessitando, por conseguinte, equilibrar as ações e os gastos do sistema de saúde na atenção primária, secundária e terciária, pois a melhoria da qualidade da assistência consiste numa preocupação da saúde pública mundial.

A atenção à saúde se organiza através das redes de atenção à saúde e o nível primário é coordenador do cuidado. Nessa perspectiva, atividades rastreamento de DM, são estimulados para serem adotadas nos serviços de saúde da atenção básica (BRASIL, 2014). No presente estudo, ressalta-se que as atividades de rastreamento são realizadas, porém não segue uma rotina no serviço, onde corrobora para uma baixa resolubilidade do serviço. Assim, deve ser considerada como principal atividade a ser realizada durante a assistência de enfermagem na APS, sendo fundamental que na atenção básica se desenvolva estratégias que viabilizem esse rastreamento, bem como o diagnóstico precoce de DM ainda no nível primário.



## 7 CONCLUSÃO

O presente estudo teve por objetivo de analisar a Assistência dos enfermeiros da Atenção Básica no rastreamento do Diabetes Mellitus na cidade de Picos, permitindo identificar aspectos importantes sobre a utilização do rastreamento de diabetes mellitus na assistência de enfermagem, destacando o acesso aos cuidados primários, estratégias de rastreamento, a dinâmica de organização e encaminhamento, obtendo uma maior percepção do enfermeiro sobre as atividades de rastreamento.

Diante do exposto, reconhece-se iniciativas nas atividades de rastreamento do DM, com o intuito de contemplar as ações implementadas na atenção básica. Dessa forma, os objetivos desse trabalho foram contemplados, que fica evidenciado que a Assistência de Enfermagem influencia diretamente no tratamento de DM, possibilitando um diagnóstico precoce e minimização de agravos com as atividades de rastreamento durante a assistência.

Destaca-se, ainda, a necessidade de intensificar as ações de capacitação dos profissionais com vistas a estabelecer uma assistência de Enfermagem eficaz e que se obtenha a interação entre equipe e usuário, possibilitando para que ações de rastreamento sejam realizadas, além de facilitar o tratamento, monitoramento e avaliação dos usuários, assegurando o fortalecimento da Atenção Básica no município de Picos. Ressalta-se a necessidade do rastreamento de DM vir a funcionar como atividade de rotina na Estratégia De Saúde da Família, ao passo que oferece o envolvimento das redes de saúde, viabilizando uma assistência de enfermagem qualificada aos usuários.

Uma das principais dificuldades para a realização desta pesquisa foi a etapa da coleta de dados, devido a indisponibilidade de tempo por parte das participantes. Dentre as limitações do estudo, encontra-se a escassez de literatura, que inviabilizou uma maior fundamentação do estudo, o que se torna evidente a falta de informações sobre as atividades de rastreamento. Assim, sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas que tenham como foco o rastreamento de DM, demonstrando a importância da temática a ser investigada.

Conclui-se a relevância desse estudo, afirmando que a assistência dos enfermeiros se mostrou favorável à realização do rastreamento de DM, muito embora ainda existam obstáculos a serem superados, no sentido de atender às necessidades da população. Nesse sentido, o presente estudo possibilitou constatar a necessidade de interligar as diferentes ações e serviços de saúde, a fim de garantir a equidade e a integralidade da atenção, contribuindo para o aperfeiçoamento do rastreamento e subsidiando a tomada de decisão dos enfermeiros.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M.L.M. Visita Domiciliar no âmbito da Saúde da Família: Percepções se usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde pública**, RIO DE JANEIRO, V. 25, N. 5, P. 1103-1112, 2009. Disponível em: <[HTTP://WWW.SCIELO.BR/PDF/CSP/V25N5/17.PDF](http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf)>. ACESSO EM: 16/06/2016

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde( Projeto ICSAP- Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 6, 2009, p 19-43.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALVES, M.; SILVA, A. F.; NEIVA, L.C.F. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 181-187, abr./jun. 2010.

BORBA, A. K.O.T, et al. **Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura**. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, RS. Mar, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2012.

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009**: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2014.

Cabral A.L.H. **Potencialidades e fragilidades da rede de atenção à saúde no controle da hipertensão arterial no município das Correntes, Pernambuco**. Journal of Management and Primary Health Care 2011;2(2):36-40. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/art>>. Acesso em: 18 Mar. 2016.

CARVALHO, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M.G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 265-278, out. 2014. Disponível em :<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042014000600265&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600265&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 abr. 2016.

CORREIA, Carla. S L. **ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM DIABÉTICOS TIPO 2: O PAPEL DO SUPORTE SOCIAL E DA SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

CURCIO R;LIMA Maria H.M; TORRES, Heloisa C. **Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em insulinoterapia**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, RS. Set, 2009.

FAUSTO, M. C. R. et al. **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 13-33, out. 2014.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago.2010.

FERREIRA, Celma L. R. A; FERREIRA, Marcia G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema Hiperdia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Cuiabá, MT. 2009.

FREITAS, Edilson F; MOREIRA, Osvaldo C.et al. **PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS E PRÁTICA DE EXERCÍCIO EM INDIVÍDUOS QUE PROCURARAM ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE VIÇOSA/MG**. Rev. Educ. Fís/UEM, v. 26, n. 4, p. 549-556, 4. 2015.

GEORG, Alvaro E et al . Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 452-460, jun. 2005 .Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 abr. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**; 4ed.-São Paulo, 2010.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. Porta de entrada pela atenção básica. Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-89, set./dez. 2003.

GONÇALVES, Luzinete P. S. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**. Originalmente apresentada como trabalho de conclusão do curso. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Vitória, 2013.

GROSSI, Sonia A.A; PASCALI, Paula M. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. São Paulo, 2009

LERARIO, Antônio; Carlos et al . Avaliação da prevalência do diabetes e da hiperglicemia de estresse no infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 52, n. 3, São Paulo, Abr,2008.Disponívelem <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000427302008000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302008000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 18 Mar. 2016.

MASCARENHAS, N.B et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.64, n.1, Fev. 2011.Disponívelem: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000100031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100031&lng=en&nrm=iso)>.Acessado em: 21 Mar. 2016.

MAZZINI, M.C.R et al. Rastreamento do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus em pais de estudantes de uma escola privada na cidade de Jundiaí, São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v.59, n.2, p. 136-142, 2013.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: OPAS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: PNAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Miranzi, S. S.C et al. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enfermagem**, v.17, n.4, p.672-679, 2008.

NEITZKE, S.T; ZANATTA, E. A; ARGENTA, Carla. **DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR**. Revista de Enfermagem,v.8,n.8,p.166-181,2012.Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/484>>.Acesso em : 18 Mar. 2016.

OLIVEIRA, J.E.P.; VÊNICO, Sérgio. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes ,2014-2015**. Sociedade Brasileira de Diabetes. SÃO PAULO, AC farmacêutica.

PICCINI, R. X. et al. **Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 543-50, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en\\_3208.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en_3208.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2016

POLIT,D. F.; BECK,C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos,avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RADIGONDA, Bárbara 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, Brasil, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p.115-126, mar. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222016000100115&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000100115&lng=pt&nrm=iso)>.Acessoem 05 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000100012>

REGO, MARIA B. et al. **Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, RS. Mar,2006.

REINERS, A. A. O. et al. **Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. Cien. & Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 13, sup., p. 2299-2306, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa Brasileira. Brasília, DF, 2012 a.

RIBEIRO, A. G et al. **Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família**. Rev. Nutr., São Paulo, v. 25, n. 2, p. 271-282, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n2/09.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

SAKATA, K. N. et al. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares**. Rev. Bras. Enf., São Paulo, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/07.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Cien. & Saúde Colet. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/18.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C.M.M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. Texto & Contexto Enferm, Santa Catarina, v. 22, n. 1, p. 149-56, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_18.pdf)> Acesso em: 30 jun. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade Brasileira de Diabetes 2013- 2014**. 2014

SOUSA, R; PEIXOTO,M.J; MARTINS, T. **Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem**: influência na adesão ao regime terapêutico. Revista de Enfermagem, vol. II, nº. 8, diciembre, 2008, pp. 59-67 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Santos, E.C.B et al. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes mellitus: co-responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários. **Texto contexto - enfermagem**, v.20, n.3, p.461-470,2011.

SILVA, M. Get al. Participação do enfermeiro na equipe multiprofissional do plano de educação, controle e prevenção do diabetes mellitus no HUCFF-RJ. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.45, Setem. 1992.Disponívelem:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471671992000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471671992000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 21 Mar. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, MS; 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2016

TANAKA, O.Y. **Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, out./dez. 2011.

TORRES, H.C. et al. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo,v.45, n.5Out. 2011.Disponívelem:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 21 Mar. 2016.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

**Pesquisa:** Assistência dos enfermeiros na atenção básica no rastreamento de diabetes mellitus  
**Pesquisador participante:** Marina Damaceno Sousa de Araújo Luz **Contato:** 89 9 99241796  
**Pesquisador responsável:** Prof.Me. Rumão Batista Nunes de Carvalho

**QUESTIONÁRIO N°:** \_\_\_\_\_

### I – Identificação

Nome (Iniciais): \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Telefone ( )** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **UBS** \_\_\_\_\_

### II – Dados socioeconômicos

1. Sexo: 1. F ( ) 2. M ( )
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos      Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
3. Situação laboral: 1 ( ) apenas trabalha 2 ( ) estuda e trabalha formalmente 3 ( ) estuda e trabalha informalmente.
4. Tempo de Formação: 1 ( ) ≤ 1 ano 2 ( ) 1 - 2 anos 3 ( ) 2 - 3 anos 4 ( ) ≥ 3 anos
5. Grau de formação: 1 ( ) Graduação 2 ( ) Pós-graduação 3 ( ) Aperfeiçoamento
6. Capacitação/ aperfeiçoamento na área da Atenção Primária: 1 ( ) anualmente 2 ( ) a cada 2 anos 3 ( ) Não faz 4 ( ) não é fornecida 5 ( ) não conhece os meios
7. Qual a renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família) R\$: \_\_\_\_\_

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	≥ 4
Produtos/ serviços	0	1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada doméstica	0	3	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar roupa	0	2	2	2	2
Video cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou Parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
<b>PONTUAÇÃO</b>		Total=			
<b>Grau de instrução do chefe</b>	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto (0) Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto (1)				



<b>Ou Responsável pela família</b>	Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto (2) Médio completo/ Superior Incompleto (4) Superior Completo (8)
<b>PONTUAÇÃO</b>	Total=
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>	<b>Total final=</b>

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas (2014)

### 7. Classe econômica:

CLASSE	PONTOS
1. A1 ( )	42-46
2. A2 ( )	35-41
3. B1 ( )	29-34
4. B2 ( )	23-28
5. C1 ( )	18-22
6. C2 ( )	14-17
7. D( )	8-13
8. E( )	0-7

### III – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

8. O rastreamento para DM é realizado na sua área?  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) Não há necessidade
9. A probabilidade de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia depende da presença de fatores de risco. Você conhece os critérios de rastreamento?  
1.( ) Sim 2. ( ) Não  
Caso você responda SIM:
10. Identifique os principais fatores observados no rastreamento do DM na sua área de atuação:  
1 ( ) Excesso de peso (IMC >25 kg/m<sup>2</sup>) 2 ( ) História de pai ou mãe com diabetes  
3 ( ) Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos)  
4 ( ) História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg  
5 ( ) Dislipidemia 6 ( ) Exame prévio de HbA1c  $\geq$ 5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada 7 ( ) Obesidade severa, acanthosisnigricans  
8 ( ) Síndrome de ovários policísticos 9 ( ) História de doença cardiovascular 10 ( ) Inatividade física 11 ( ) Idade  $\geq$  45 anos 12 ( ) Risco cardiovascular moderado  
13 ( ) Desconheço os fatores 14 ( ) Não fá fatores observados na população adstrita

### IV – ESTRATÉGIAS PARA O RASTREAMENTO

11. ( ) Capacitação da equipe 12 ( ) Realização de educação em saúde periodicamente para o público alvo 13 ( ) Captação de sintomáticos na UBS 14 ( ) Visita Domiciliária 15 ( ) Interação de toda equipe no processo de rastreamento e encaminhamento 16 ( ) Campanhas pontuais e realização de Glicemia capilar 17 ( ) consultas de rastreamento de rotina 18 ( ) Outras: \_\_\_\_\_

### V –DINÂMICA DE ORGANIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO NO RASTREAMENTO DO SERVIÇO

- 19( ) Delimitação de horário fixo (Cronograma) na semana 20 ( ) Consultas agendadas por demanda dos ACS 21 ( ) Demanda Livre 22 ( ) Disponibilidade de impressos para registro

e organização de pacientes com fatores de risco 23 ( ) Mapeamento da área e identificação de pacientes 24 ( ) Realização do encaminhamento para o médico da Unidade 25 ( ) Realização do encaminhamento para serviço especializado 26 ( ) Infraestrutura adequada, equipamento e suprimentos necessários 27 ( ) Não existe uma dinâmica de organização 28( ) O atendimento é feito apenas pelo médico da unidade na suspeita de DM 29 ( ) Outras: \_\_\_\_\_

## **VI – DIFICULDADES ENCONTRADAS**

30( ) Indisponibilidade de tempo necessário para o rastreamento 31 ( ) Excesso de serviço na unidade 32 ( ) Não capacitação relacionada a Doenças crônicas 33 ( ) Falta de infraestrutura, equipamento e suprimentos adequados 34 ( ) Equipe Incompleta  
 35( ) Pouca interação entre equipe e equipe – usuário 36 ( ) Falta de transporte para visitas domiciliares 37 ( ) Indisponibilidade de organização de fluxo assistencial  
 38( ) Demanda excessiva de usuários 39 ( ) Pouca resolutividade pela educação em saúde 40 ( ) Outras: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**Título do projeto:** Assistência dos enfermeiros na atenção básica no rastreamento de diabetes mellitus

**Pesquisador responsável:** Prof. Ms. Rumão Batista Nunes De Carvalho

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (89) 999297404

**Pesquisador participante:** Marina Damaceno Sousa de Araújo Luz

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (89) 999241796

**Instituição/Departamento:** UFPI/CSHNB/Picos

**E-mail:** marina.luz03@hotmail.com

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Estou realizando uma pesquisa sobre Assistência dos Enfermeiros na Atenção Básica no Rastreamento de Diabetes Mellitus. O Diabetes Mellitus pertence a um grupo de doenças metabólicas caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), decorrentes de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas, tem o papel de controlar o nível de glicose no sangue, ajustando a produção e armazenamento de glicose. No rastreamento do Diabetes Mellitus, a atenção básica deve

buscar conhecer as práticas norteadoras da atenção primária à saúde e promover a interlocução entre família e unidade de saúde, podendo modificar as estimativas quanto à incidência e prevalência.

Caso você aceite o convite, irá se submeter a responder um questionário sobre a assistência dos enfermeiros no rastreamento de Diabetes Mellitus, que trará como benefício um maior conhecimento sobre o funcionamento do serviço de atenção básica durante o rastreamento de Diabetes Mellitus.

A pesquisa não levará os participantes a nenhum risco, nenhum prejuízo ou complicação de ordem física, embora possa fazer com que os participantes demonstrem sentimento de medo e/ou rejeição ao responder ao questionário. Para tanto serão efetivamente esclarecidos quanto a importância da participação no estudo e quão será construtivo para orientações na melhoria da qualidade do serviço da atenção primária durante o rastreamento de Diabetes Mellitus mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente o participante estará contribuindo para a produção de conhecimento científico. Acredita-se que os resultados deste estudo favorecerão o conhecimento da temática e poderão contribuir para sugestiva melhoria na qualidade da assistência de enfermagem na realização do rastreamento de Diabetes mellitus na atenção básica. Após a análise estatística, serão levadas as informações dos resultados obtidos com a pesquisa aos indivíduos participantes.

Asseguro que sua identidade será mantida em segredo e que você poderá retirar seu consentimento para a pesquisa em qualquer momento, bem como obter outras informações se lhe interessar. Além disso, sua participação não envolverá nenhum custo para você.

#### **Consentimento da participação da pessoa como sujeito**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo \_\_\_\_\_, como sujeito.

Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Assistência dos Enfermeiros Na Atenção Básica No Rastreamento De Diabetes Mellitus. Eu discuti como pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e

poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

\_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_\_. Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

**Observações complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI / Tel.: (86) 3215-5734 – e-mail: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

**APÊNDICE C - TERMO DE ANUÊNCIA**




**PREFEITURA MUNICIPAL DE PICOS**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
CNPJ: 01.632.094/0001-84  
Rua Marcos Parente 641 – Centro - Picos-Piauí  
E-mail: smspicospi@hotmail.com  
CEP: 64.600-324  
Fone: (89) 3415-4252



## TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde, concorda com o desenvolvimento da Pesquisa **“Assistência dos enfermeiros na atenção básica no rastreamento de diabetes mellitus”** proposta pelo coordenador **Prof. Ms. Rumão Batista Nunes de Carvalho, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/CSHNB** e assume o compromisso de apoiar e disponibilizar condições necessárias para o desenvolvimento das atividades previstas.

Picos, 29 de abril de 2016

  
José Venâncio de Sousa Filho  
Secretário Mun. Saúde de Picos  
Portaria 500/2015

---

**JOSÉ VENÂNCIO DE SOUSA FILHO**  
Secretário Municipal de Saúde



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- ( ) Tese  
( ) Dissertação  
(  ) Monografia  
( ) Artigo

Eu, Marina Damasceno Sousa de Araújo Luz,  
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
Assistência dos Enfermeiros na Atenção básica no Restabelecimento de Diabetes Mellitus  
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 08 de Setembro de 20 16.

Marina Damasceno Sousa de Araújo Luz  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura