



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**ANA LUCIA SILVA DE ALMEIDA**

**AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO PRESTADAS AO PACIENTE**  
**PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO - NO ÂMBITO HOSPITALAR**

**RIO DE JANEIRO**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**ANA LUCIA SILVA DE ALMEIDA**

**AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO PRESTADAS AO PACIENTE  
PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO - NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidado em enfermagem – O Cotidiano da Prática de cuidar e ser cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar:

Orientadora: Prof. Dra. Enedina Soares

**RIO DE JANEIRO – RJ**

**2015**

Almeida, Ana Lucia Silva de

A447 Ações educativas do enfermeiro prestadas ao paciente portador de pé diabético – no âmbito hospitalar / Ana Lucia Silva de Almeida. Rio de Janeiro: UNIRIO / Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.  
85f. ; 31 cm.

Orientadora: Prof Dra. Enedina Soares.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Referências bibliográficas: f. 69-72

1. Educação em Saúde. 2. Pé Diabético. 3. Enfermagem. 4. Hospitalização. 5. Educação de Pacientes como Assunto. 6. Educação em Saúde. 7. Educação. 8. Enfermagem – Dissertação. I. Soares, Enedina. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 616.462

**ANA LUCIA SILVA DE ALMEIDA**

**AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO PRESTADAS AO PACIENTE  
PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO - NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Enedina Soares  
Presidente (EEAP-UNIRIO)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Luiza de Oliveira Teixeira  
1<sup>ª</sup> Examinadora (EEAN-UFRJ)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sonia Regina de Souza  
2<sup>ª</sup> Examinadora (EEAP-UNIRIO)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ellen Castelo Branco  
1<sup>ª</sup> Suplente (EEAN-UFRJ)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Joanir Pereira Passos  
2<sup>ª</sup> Suplente (EEAP-UNIRIO)

## **DEDICATÓRIA**

*Deus OBRIGADO por ter me dado força e coragem para levar esse trabalho até o final. Ter me confortado no momento de desespero, quando achava que não ia conseguir e minhas lágrimas rolaram do rosto, nos momentos de quase desistência, mas o senhor sempre esteve do meu lado, me fazendo superar as dificuldades, dores e noites sem dormir. MUITO, MUITO OBRIGADO!!!!*

## AGRADECIMENTOS

*Meus agradecimentos do fundo do meu coração a Prof. Enedina Soares, pois este estudo não seria possível se não fosse a professora orientadora e também da minha graduação, agradeço por ter me dado a oportunidade de cursar o mestrado e ter me ajudado nas dificuldades e me perdoado pelas falhas no decorrer desse período. Desejo que Deus lhe abençoe e ilumine em todos os dias da sua vida.*

*A professora Maria Luiza que me acompanha há muito tempo e mesmo sabendo dos meus limites sempre me incentivou a continuar.*

*A professora Ellen que também me acompanha, há muito tempo, no trabalho, na enfermagem com os alunos e nesse estudo me encorajou para seguir em frente.*

*A professora Sônia que conheci no decorrer do mestrado e aprendi a admirar pelo seu conhecimento, tranquilidade, bondade. Além de ter sempre uma palavra de incentivo e coragem para continuar.*

*Professora Joanir, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que mesmo sem saber me ajudou nessa caminhada.*

*A minha chefe Karina por ter entendido o pouco rendimento no trabalho na reta final, me incentivando a continuar no período que quase desisti e me ajudado a construir esta dissertação.*

*Aos meus amigos que sempre me incentivaram, dando forças para prosseguir nesse caminho, em especial a Maria da Conceição, Joice, amigas consegui!!!!!!*

*As pessoas que passaram pela minha vida e que de uma maneira ou outra me ajudaram, em especial a secretária Tereza, Eliana Rosa da biblioteca que me ajudou na pesquisa nas bases de dados, me explicando como fazer.*

*A minha filha querida e muito amada Dandara Christina que me enche de orgulho, me deu e sempre dará muita força, coragem para seguir em frente, mesmo agora que está longe trilhando o seu caminho.*

*E por fim, mais uma vez a DEUS, por manter minha mãe estável nesse período do mestrado e a ela de onde tudo começou. Minha querida mãe, Maria das Dôres, mais conhecida como Dora, pela força que também me deu através do seu olhar e sorriso, mesmo com Alzheimer, sempre conseguiu transmitir sua força de mulher guerreira de sempre. Muito obrigada MÃE.*

*E a pergunta roda  
E a cabeça agita  
Eu fico com a pureza  
Da resposta das crianças  
É a vida, é bonita  
E é bonita*

*Viver  
E não ter a vergonha  
e ser feliz  
Cantar e cantar e cantar  
A beleza de ser  
Um eterno aprendiz*

*Ah meu Deus!  
Eu sei, eu sei  
Que a vida devia ser  
Bem melhor e será  
Mas isso não impede  
Que eu repita  
É bonita, é bonita  
E é bonita.*

*Gonzaguinha*

## RESUMO

ALMEIDA, Ana Lucia Silva de. **Ações educativas do enfermeiro prestadas ao paciente portado de pé diabético - no âmbito hospitalar.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2015.

A diabetes mellitus integra o grupo das DCNT as quais tem sido as principais responsáveis em todo o mundo pelas mortes ocorridas. As ações para prevenção relacionadas com os pés podem evitar em até 50 % os casos de amputação, sendo a educação é uma ferramenta para a prevenção. A educação em saúde não é uma atividade exclusiva da enfermagem, porém está presente no seu processo de trabalho. Os objetivos desse estudo foram: Identificar as ações educativas realizadas pelos enfermeiros ao cliente diabético com ênfase no pé diabético; relacionar os fatores intervenientes para a execução da ação educativa, na perspectiva do enfermeiro assistencial; discutir como se dão as ações educativas do enfermeiro ao paciente portador de pé diabético e sua família no âmbito hospitalar. Justifica-se pela escassez observada na publicação de artigos relacionada à educação em saúde realizada por enfermeiros dentro do âmbito hospitalar para pacientes diabéticos internados com ou sem pé diabético e também porque o enfermeiro deverá se adequar para essa prática educativa já que o hospital faz parte da Rede de Atenção a Saúde (RAS) e tem que estar em consonância com a educação em saúde iniciada na Rede Básica de Saúde (RBS). É um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa na modalidade de pesquisa de campo denominada convergente assistencial, o cenário foi os setores de clínica médica e cirúrgica de um Hospital Universitário da rede Federal, os participantes foram os enfermeiros lotados nesses setores. Foi avaliado pelo comitê de ética da em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sendo aprovado pelo Parecer nº 649007 de 15/05/14 e nº. 1.244.065 de 25/09/15 e Parecer nº. 1.274.847 de 10/10/15. Resultado e discussão: Participaram do estudo dezoito enfermeiros lotados nas clínicas médica e cirúrgica, maioria mulheres, entre 20 e 40 anos e com curso de pós-graduação e mestrado. Foram evidenciadas 3 categorias: 1-A percepção do enfermeiro acerca da educação em saúde e as ações educativas- Apesar do entendimento da importância da educação em saúde a educação em saúde na área hospitalar é pouco praticada, pois o pensar biomédico está muito mais visível que a educação; 2-As ações educativas no cotidiano do enfermeiro na unidade de internação: Existe uma preocupação por parte dos participantes em saber o nível de conhecimentos dos pacientes em relação a sua doença demonstrando a importância da participação do paciente no processo educativo, e também para troca de saberes entre quem ensina e quem aprende. Os saberes e também as práticas ainda necessitam de capacitação dos sujeitos para melhor orientar. 3-Fatores intervenientes positivos e negativos na prática educativa do enfermeiro durante a internação. Foi relacionada à falta de tempo, carga excessiva de trabalho, complexidade dos pacientes, falta de pessoal, a burocracia como fatores negativos e os positivos foram diversificadas tais como o fato de o paciente estar internado, essa permanência mais longa aproxima o enfermeiro do paciente facilitando o diálogo entre eles. Considerações finais: As ações educativas realizadas pelos enfermeiros no âmbito hospitalar aos pacientes diabéticos portadores de pé diabético, ainda são pouco consistentes demonstrando não ter ainda muito domínio do assunto. A atuação desses enfermeiros ainda está centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos, ocupando-se das funções de gerência e assistência restando pouco tempo para sua função educacional.

Descritores: Enfermeiro; Pé Diabético; Educação em saúde; Educação; Internação.

## ABSTRACT

Almeida, Ana Lucia Silva de. **Nursing educational activities provided to diabetic foot patients - in hospitals.** Dissertation (Master of Nursing) Federal Rio de Janeiro State University - UNIRIO. Rio de Janeiro, in 2015.

Diabetes mellitus is part of the group of NCDs which has been mainly responsible worldwide for the deaths that occurred. The actions for prevention related to the feet can prevent up to 50% cases of amputation, and education is a tool for prevention. Health education is not an exclusive activity of nursing, but is present in your work process. The objectives of this study were to identify the educational activities performed by nurses the diabetic client with emphasis on diabetic foot; relate the influencing factors for the implementation of educational activities, in view of the care nurse; discuss how to give the educative actions of nurses to diabetic foot patients and their families in hospitals. Justified by the shortage observed in the publication of articles related to health education performed by nurses in the hospital environment for diabetic patients hospitalized with or without diabetic foot and because the nurse should be suitable for this educational practice since the hospital is part of RAS and must be in line with health education started in the Basic Health Network (RBS). It is descriptive, exploratory study with a qualitative approach in the field research mode called convergent care, the scenario was the medical and surgical sectors of the University Hospital of Federal network, participants were nurses crowded in these sectors.. Was evaluated by the ethics committee of the Federal University of the State of Rio de Janeiro (UNIRIO), was approved by Opinion nº649007 of 05.15.14 and no. 1244065 of 09.25.15 and Opinion no. 1274847 of 10.10.15. Results and discussion: The study included eighteen nurses crowded in medical and surgical clinics, mostly women between 20 and 40 years and with postgraduate degree and masters. We highlighted three categories: 1- The perception of nurses about health education and educational activities - Despite the understanding of the importance of health education health education in the hospital area is rarely practiced because thinking biomedical is much more visible that education; 2- The educational activities in nursing daily in the inpatient unit: There is a concern on the part of the participants to know the level of knowledge of patients regarding their disease demonstrating the importance of patient participation in the educational process, and also to exchange knowledge between the teacher and the learner. Knowledge and also practices still require training subjects to better guide. 3- positive and negative factors involved in the education of nurses during hospitalization. Was related to lack of time, excessive workload, complexity of patients, staff shortages, bureaucracy and negative factors and positive were diversified such as the fact that the patient is admitted, this longer stay near the patient's nurse facilitating the dialogue between them. Final thoughts: The educational activities carried out by nurses in hospitals to patients diabetic patients with diabetic foot, are still inconsistent demonstrating not have much mastery of the subject. The performance of these nurses is still focusing on biological and technological aspects, taking care of the management functions and support leaving little time for their educational function.

Key words: Nurse; Diabetic Foot; Health Education; Education; Hospitalization.

## RESUMEN

Almeida, Ana Lucia Silva de. **Enfermería a actividades educativas proporcionan a los pacientes de pie diabético - en los hospitales.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2015.

La diabetes mellitus es parte del grupo de las enfermedades no transmisibles, que ha sido el principal responsable de todo el mundo por las muertes ocurridas. Las acciones de prevención relacionadas con los pies pueden prevenir hasta el 50% de los casos de amputación, y la educación es una herramienta para la prevención. Educación para la salud no es una actividad exclusiva de la enfermería, pero está presente en el proceso de trabajo. Los objetivos de este estudio fueron identificar las actividades educativas realizadas por las enfermeras del paciente diabético con énfasis en el pie diabético; relacionar los factores que influyen para la realización de actividades educativas, en vista de la enfermera de cuidados; discutir cómo dar las acciones educativas de las enfermeras a los pacientes de pie diabético y sus familias en los hospitales. Justificados por la escasez observada en la publicación de artículos relacionados con la educación para la salud realizada por enfermeras en el ámbito hospitalario para pacientes diabéticos hospitalizados con o sin pie diabético y porque la enfermería debe ser adecuada para esta práctica educativa ya que el hospital es parte de RAS y debe estar en consonancia con la educación de la salud se inició en la Red Básica de Salud (RBS). Es un estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo en el modo de investigación de campo llamado convergente asistencial, el escenario era los sectores médicos y quirúrgicos del Hospital Universitario de la red federal, los participantes eran enfermeras de las enfermeras en estos sectores. Fue evaluado por el comité de ética de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro (UNIRIO), Fue aprobado por Opinión nº 649007 de 05.15.14 y nº. 1244065 de 09.25.15 y Opinión nº. 1274847 de 10.10.15. Resultados y discusión: Se incluyó a dieciocho enfermeras de las enfermeras en clínicas médicas y quirúrgicas, en su mayoría mujeres de entre 20 y 40 años y con el grado y masters de postgrado. Destacamos tres categorías: 1- La percepción de las enfermeras sobre educación para la salud y las actividades educativas - A pesar de la comprensión de la importancia de la educación para la salud la educación sanitaria en la zona hospitalaria rara vez se practica porque pensar biomédica es mucho más visible que la educación; 2 - Las actividades educativas en enfermería diariamente en la unidad de hospitalización: Hay una preocupación por parte de los participantes para conocer el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad lo que demuestra la importancia de la participación del paciente en el proceso educativo, y también para el intercambio de conocimientos entre el profesor y el alumno. Prácticas de conocimiento y también siguen requiriendo temas de capacitación para una mejor guía. 3- positivos y negativos factores que intervienen en la educación de las enfermeras durante la hospitalización. Estaba relacionado con la falta de tiempo, la carga de trabajo excesiva, la complejidad de los pacientes, la falta de personal, la burocracia como negativos y positivos se diversificaron, como el hecho de que el paciente es admitido, esta estancia prolongada junto a la enfermera del paciente facilitando el diálogo entre ellos. Consideraciones finales: Las actividades educativas llevadas a cabo por las enfermeras en los hospitales para los pacientes diabéticos con pie diabético, siguen demostrando inconsistente no tienen mucho dominio del tema. El rendimiento de estas enfermeras se sigue centrando en los aspectos biológicos y tecnológicos, el cuidado de las funciones de gestión y apoyo dejando poco tiempo para su función educativa.

Palabras clave: Enfermera; Pie Diabético; Educación en Salud; Educación; Hospitalización.

## SIGLAS

AB–	Atenção Básica
BDENF–	Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil
COMEIP–	Comissão de Métodos Relacionados à Integridade da Pele
DM –	Diabetes mellitus
DCNT –	Doença Crônica Não Transmissível
DAC –	Doenças do aparelho circulatório IPTB – Índice de Pressão Tornozelo/Braço
DAP –	Doença arterial periférica
DCCT –	Diabetes Control and Complications Trial
IDF –	Internacional Diabetes Federation
LILACS –	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
MMII –	Membros inferiores
MS –	Ministério da Saúde
PSP –	Perda da Sensibilidade Protetora
PND –	Polineuropatia diabética
RAS –	Redes de Atenção à Saúde
RBS –	Rede Básica de Saúde (RBS)
SUS –	Sistema Único de Saúde
SBD –	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCIELO –	Scientific Electronic Library Online
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UKPDS –	United Kingdom Prospective Diabetes Study
VIGITEL –	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS:

Quadro1 –Artigos selecionados durante estado da arte 2013.....	19
Quadro2 –Classificação do risco, recomendações e acompanhamento periódico, segundo o nível de atenção de saúde.....	29
Figura 1 – Teste de sensibilidade.....	27
Figura 2 –Teste de sensibilidade vibratória.....	28
Tabela 1 –Distribuição dos participantes por sexo.....	39
Tabela 2 –Distribuição dos participantes por idade.....	40
Tabela 3 –Distribuição dos participantes por tempo de serviço na instituição.....	40
Tabela 4 –Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de formado.....	41
Tabela 5 –Distribuição dos participantes de acordo com curso de especialização.....	42
Tabela 6 –Distribuição dos participantes de acordo outro vinculo.....	42

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	18
<b>2 BASES CONCEITUAIS</b> .....	21
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	33
3.1 FASE DA CONCEPÇÃO.....	33
3.2 FASE DA INSTRUMENTAÇÃO.....	34
3.3 FASE DA PERSCRUTAÇÃO.....	36
3.4 FASE DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	37
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	38
<b>4 RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....	39
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	39
4.2 CATEGORIAS.....	43
4.2.1 CATEGORIA 1 - A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ASAÇÕES EDUCATIVAS.....	43
4.2.2 CATEGORIA 2 - AS AÇÕES EDUCATIVAS NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO.....	49
4.2.3 CAPÍTULO 3 – OS FATORES INTERVENIENTES POSITIVOS E NEGATIVOS NA PRÁTICA EDUCATIVA DO ENFERMEIRO DURANTE A INTERNAÇÃO.....	60
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	65
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	69
APÊNDICE A – GUIA PARA ENTREVISTA.....	73
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP.....	76
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP 2.....	78
ANEXO C – PARECER DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE .....	82
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO.....	85

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sido as principais responsáveis, em todo o mundo, pelas mortes ocorridas, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80 % dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda. No Brasil essas doenças são responsáveis por 72% dos óbitos, atingindo as classes mais pobres da população e grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2011).

A maioria dos óbitos por DCNT são atribuídas às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. Todas têm fatores de riscos semelhantes e modificáveis, tais como tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e alcoolismo. A diabetes mellitus integra esse grupo de doenças, e é um grande desafio para os serviços de saúde de todo o mundo. Traz consequências devastadoras para o ser humano no âmbito social e econômico, e o encurtamento da vida útil produtiva da população economicamente ativa, devido à incapacidade acarretada por ela (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde no ano de 2006 implantou a Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) como objetivo de monitorar os principais fatores determinantes e condicionantes das DCNT no país. No inquérito realizado em 2011 verificou-se que a prevalência de diabetes auto referida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Informando também que as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população, revelou ainda que a ocorrência de diabetes é mais comum em pessoas com baixa escolaridade e que ela aumenta com a idade (BRASIL, 2013).

Para o ano de 2030 a International Diabetes Federation (IDF)(2012) estima que os países da América Central e do Sul terão uma prevalência de 40 milhões de diabéticos, enquanto nos países europeus e dos Estados Unidos o aumento será nas faixas etárias mais avançadas pelo aumento da expectativa de vida. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento o aumento será em todas as faixas etárias, com um diferencial que na faixa etária de 45 a 64 anos a prevalência será três vezes mais, enquanto nas faixas etárias de 22 a 44 e acima de 65 anos duplicará (BRASIL, 2013).

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) projetam para esse mesmo ano um aumento no número de idosos, superando o número de crianças e adolescentes. O contínuo aumento da expectativa de vida impactará na saúde da população e irá repercutir

fortemente no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que as DCNT têm uma prevalência alta na faixa etária de 65 anos ou mais (BRASIL, 2011).

Com a projeção do aumento da prevalência em relação às DCNT, em especial o diabetes, o impacto econômico que já é grande terá um aumento ainda maior e a ocorrência desse fato se dará notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do seu tratamento e das complicações decorrente da doença (BRASIL, 2011). O International Diabetes Federation (IDF), em 2012 apontou um gasto no mundo de mais de 471 milhões de dólares em cuidados de saúde para os diabéticos (RODRIGUES, 2013).

As complicações do diabetes, tais como as lesões ocorridas nos pés desses pacientes têm uma parcela grande de responsabilidades no alto custo dos serviços públicos, principalmente quando da internação e realização de procedimentos que vão desde desbridamento até a amputação. Outro ponto que também contribui para os altos custos é a identificação do paciente portador de diabetes em estágios avançado da doença como identificado num estudo realizado em Cuiabá por Ferreira em 2009 (BRASIL, 2011).

Um estudo realizado por Haddad; Bortoletto; Silva (2010) concluiu que o tempo de internação por complicação, em média é de 14 dias, tendo um custo em média de R\$4.621,03 por paciente, incluindo não somente a hotelaria mais todo o gasto com exames, medicamentos, tempo dos profissionais. Além disso, evidenciaram também o ônus social que esse evento causa ao sistema de saúde, reforçando a necessidade de ações antes da ocorrência de um procedimento drástico como é uma amputação.

As ações para prevenção desses eventos adversos causado pelas complicações do diabetes, principalmente as relacionadas com os pés, podem evitar em até 50 % os casos de amputação. Tais ações passam pela educação.

A educação em saúde não é uma atividade exclusiva da enfermagem, ela permeia outros profissionais de saúde, porém está presente no processo de trabalho assistencial do enfermeiro (LEITE; PRADO; PERES, 2010). A educação ao cliente diabético deve ser uma atividade dinâmica e ativa que o torna capaz de melhorar habilidades, tomar decisões que irão melhorar a sua qualidade de vida.

Dentre os objetivos da educação ao cliente diabético inclui, dentre outros, prevenir as complicações, reduzir o número de internações e melhorar o autodomínio em relação a sua doença. Educar um diabético é um investimento benéfico para ele, equipe de saúde e instituição a qual ele pertence. O enfermeiro como líder de uma equipe deve ser o multiplicador das ações educativas para sua equipe e para o cliente sob sua responsabilidade (SILVA, 2004).

A educação em saúde é parte integrante do processo de cuidar e possui instrumentos para a promoção da saúde dos clientes e família articulando os saberes do senso comum e saberes técnicos científicos preparando esse cliente hospitalizado para sua autonomia e independência. A finalidade da educação em saúde é ensinar as pessoas a viverem de maneira mais saudável possível, mostrando a responsabilidade que cada um tem na sua manutenção.

O profissional de saúde tem que compreender a educação como um processo social, histórico e que ocorre ao longo da vida, processos estes que vão permear as práticas de saúde institucionalizadas ou não, devendo considerar as especificidades dos diferentes grupos sociais, dos distintos processos de vida, trabalho e adoecimento de forma ética e humanizada na relação educativa, buscando a troca de saberes e prática (SANTOS, 2011).

Neste contexto, enquanto enfermeira atuante há 33 anos na área hospitalar nos setores de clínica médica e cirúrgica, com especialidade em enfermagem dermatológica, e há cinco anos fazendo parte da Comissão de Métodos Relacionados à Integridade da Pele (COMEIP), venho avaliando por meio de pareceres técnicos pacientes diabéticos portadores ou não de lesões nos pés. Assim sendo, cabe esclarecer que parecer técnico é uma opinião, conselho ou esclarecimento feito por profissional da área sobre o assunto de sua especialidade.

A COMEIP é um setor especializado em cuidados com a pele de um Hospital Universitário situado na região metropolitana do Rio de Janeiro. O processo de trabalho realizado na COMEIP abrange a assistência de pacientes internados e de diferentes clínicas dos ambulatórios. Dentre eles, pacientes portadores de diabetes, oriundos de suas residências, de setores de emergência ou rede básica de saúde, com ou sem lesões nos pés. Este é avaliado por um enfermeiro da comissão.

É comum a solicitação de parecer técnico pelos profissionais de saúde para a comissão, em particular aos enfermeiros. Estes podem ter demandas diferenciadas, quanto às necessidades de cuidados a esta clientela, com enfoque desde a abordagem educacional até a terapêutica. Por meio da consulta de enfermagem a comissão realiza o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial de enfermagem, e ainda, acompanhar sistematicamente o paciente portador de lesão cutânea, desde a sua internação até pós-alta, além das orientações educativas no cuidado com a pele e reabilitação.

Em um levantamento no banco de dados do hospital mencionado, podemos observar que nos setores de Clínica médica e cirúrgica, no ano de 2013, houve 157 casos de pacientes que tiveram alta hospitalar com diagnóstico relacionado apenas a diabetes, não se levou em consideração outros diagnósticos mesmo sendo a diabetes um diagnóstico secundário. No ano de 2014, houve um aumento desses pacientes para 243 casos.

Por meio de dados estatísticos da COMEIP nos anos 2013 e 2014, compreendeu-se que foram acompanhados 19 pacientes internados com lesão nos pés, os quais tiveram como desfecho desbridamento e/ou amputação ou ambos. Em alguns casos, a nível ambulatorial o número foi maior, pois considerou-se os pareceres vindos de várias clínicas a nível ambulatorial.

Observa-se na prática clínica vivenciada, que estes pacientes atendidos pela comissão têm suas necessidades de saúde atendidas de forma individualizada, entretanto com deficiência no enfoque da educação em saúde, em especial no cuidado com os pés.

O Consenso Internacional sobre Pé Diabético de 2001 delineou medidas preventivas que devem ser desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar que podem reduzir em até 50 % as amputações sofridas pelo paciente diabético, tendo em vista que as complicações com os pés representaram a maioria das complicações que acometeram os diabéticos: 40% a 70 % das amputações não traumáticas são de pacientes diabéticos, e dessas amputações, 85 % tiveram início a partir de uma úlcera nos pés precipitada após trauma externo.

Nesse sentido, embasado em evidências científicas o Ministério da Saúde implantou também no ano de 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus cujo propósito foi “vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços” (BRASIL, 2001).

Este programa trouxe metas para os três níveis de atenção à saúde: nível primário - remoção dos fatores de risco; nível secundário - detecção precoce seguida de tratamento adequado e nível terciário - prevenção e retardo nas complicações agudas e crônicas, reabilitação e incentivo à adesão do paciente ao tratamento proposto e a educação em saúde. Porém, com a prevalência das DCNT em particular a diabetes aumentando, o governo brasileiro programou um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT visando preparar o Brasil para enfrentar e deter nos próximos 10 anos essas doenças (BRASIL, 2011).

Toda esta problematização nos remete aos seguintes questionamentos:

- ✓ Quais as ações educativas com relação ao pé diabético que os enfermeiros têm efetuado aos pacientes hospitalizados?
- ✓ Quais os fatores intervenientes que os enfermeiros encontram para executar e registrar as ações educativas ao paciente portador de pé diabético hospitalizado?

Diante destes questionamentos, temos como objeto deste estudo: **‘Ações educativas realizadas pelos enfermeiros ao paciente hospitalizado portador de pé diabético’**.

Assim, foram delineados os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar as ações educativas realizadas pelos enfermeiros ao cliente diabético com ênfase no pé diabético;
- ✓ Relacionar os fatores intervenientes para a execução da ação educativa, na perspectiva do enfermeiro assistencial.
- ✓ Discutir como se dão asações educativas do enfermeiro ao paciente portador de pé diabético e sua família no âmbito hospitalar.

## 1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A justificativa que damos para este estudo é a escassez observada nas bases de dados para documentos relacionados à 'Educação em saúde' sobre pacientes diabéticos internados com ou sem lesões de pés diabéticos publicadas por enfermeiros do âmbito hospitalar. Para tanto foram realizados levantamentos bibliográficos nas bases de dados científicas eletrônicas, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e na Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF) todas disponibilizadas no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para as estratégias de busca foram utilizados os descritores em português identificados na consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Pé Diabético, Enfermagem, Hospitalização, Educação de Pacientes como Assunto, Educação.

Esses descritores foram relacionados para recuperar a produção científica correspondente. Foram encontrados 507 artigos, destes selecionados pelo título 92 artigos que se identificassem com os descritores escolhido e temática do presente trabalho. Posteriormente, foi feita a leitura dos resumos (*abstracts*) sendo selecionados 64 artigos. Após a leitura dos textos completos, ficaram e/ou foram escolhidos 15 artigos.

Dos artigos selecionados 53,34 % foram desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nos Centros de Pesquisa e Extensão Universitária. E 46,66 % tiveram como cenário os Hospitais Universitários e das Forças Armadas, dentre estes 26,67 % foram ambulatoriais e somente 19,99 % nos setores de internação clínica e cirúrgica. Cabe ressaltar que um deles foi pesquisa em prontuário.

Os artigos que tiveram o hospital como cenário apresentaram seus objetivos voltados para o paciente como podemos observar na tabela abaixo.

Quadro 1 - Artigos selecionados durante pesquisadoestado da arte em 2013.

TÍTULO	AUTOR	OBJETIVOS
Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus.	Alice Santos Amaral; Darlene Mara dos Santos Tavares.	Descrever o característico sócio demográfico, clínicas e os cuidados com os pés realizados por pessoas com DM internados em um hospital universitário.
Caracterização dos portadores de pé diabético atendidos em hospital das forças armadas na cidade do Recife.	Santos, Isabel Cristina Ramos Vieira; Bernardino, Juliana Magalhães	Caracterizar os portadores de pé diabéticos atendidos em um hospital das forças armadas na cidade do Recife, no ano de 2005. Caracterizar os portadores de pé diabético atendidos, quanto a: idade, sexo, procedência, situação funcional e comorbidades. Verificar associação entre o número de consultas por ano e a ocorrência de pé diabético.
Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés.	Mariana C. Laurindo; Daiene C. Recco; Daniella B. Roberti; Cléa D.S. Rodrigues.	Caracterizar o perfil das pessoas diabéticas do ambulatório no Hospital escola de grande porte no interior do estado de São Paulo. Identificar o conhecimento das pessoas portadoras de Diabetes Mellitus sobre os cuidados com os pés.
Conhecimento do paciente com diabetes mellitus sobre o Cuidado com os pés.	Martin, Viviane Thomazine; Soares, Cléa Dometilde; Rodrigues, Cesarino; Claudia Bernardi.	Avaliar o conhecimento dos pacientes antes e após atividade educativa utilizando o método da problematização.
Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés.	Barbui, Elaine Cristina; Cocco, Maria Inês Monteiro	Avaliar o conhecimento dos clientes diabéticos em relação à sua doença e, especificamente, em relação aos cuidados adequados com os pés.
Condutas preventivas na atenção básica e amputação de membros Inferiores em portadores de pé diabético.	Santos, Isabel Cristina Ramos vieira; Silva, Ana Carla; Florentino de Barros e Silva, Andréia Paula da; Larisse, Calou Pinheiro de Melo.	Verificar se existe associação entre as condutas preventivas oferecidas pela atenção básica e a ocorrência de amputação de membros inferiores em portadores de pé diabético internados em hospital de grande porte da cidade do Recife.
Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná.	Bortoletto, Maira Sayuri Sakay; Viude, Daniel Ferraz; Haddad, Maria do Carmo Lourenço; Karino, Marcia Eiko.	Identificar o perfil dos pacientes portadores de DM que se submeteram, em 2006, à amputação de membros inferiores em um Hospital Universitário, na cidade de Londrina, Estado do Paraná.

Fonte: A Autora a partir da LILACS, BDEF e SCIELO (2013).

Entretanto, o que chama a atenção a partir do relacionamento dos descritores e/ou palavras-chave 'Pé diabético' AND 'Educação', 'Internação' AND 'Pé diabético', 'Enfermagem' AND 'Internação' não foram encontrados artigos acerca desta temática, nos levando a acreditar que existe lacuna entre artigos que abordem a atuação do enfermeiro com estratégias educacionais para os pacientes portadores de pé diabéticos durante seu período de internação.

Couto; Marins; Santo et al, (2013) no seu artigo de revisão verificaram que a enfermagem é uma profissão do cuidado, da educação em saúde dentro do âmbito hospitalar e não existe muitas publicações com essa temática, o que reafirma o que foi relatado acima.

Outra justificativa, é que as ações educativas estão atreladas a educação em saúde e deve ser executada em todos os níveis de atenção a saúde, porém com os vários programas desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) esta pratica é muito mais desenvolvida na Atenção Primária de Saúde. O hospital por ser um sistema complexo onde o enfermeiro desempenha os papeis gerencial, assistencial e o de educador, fica este último em segundo plano, fato constatado nos estudos de Rigon e Neves (2011), Borges et al (2012). Porém, a partir da implementação das diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) desde 2013, o profissional de saúde da rede hospitalar em especial o enfermeiro devera se adequar para essa prática educativa já que o hospital faz parte da RAS e tem que estar em consonância com a educação em saúde iniciada na Rede Básica de Saúde (RBS). (PORTARIA nº 483, de 1º de abril de 2014).

Assim, espera-se que este estudo possa contribuir para reflexão do enfermeiro no âmbito hospitalar sobre a importância das ações educativas para o autocuidado desenvolvidas com essa clientela, reafirmando seu papel de educador em saúde. Além de instrumentalizá-lo para que possa melhor executar a prática educacional durante a internação desse paciente, possibilitando a melhoria da qualidade da assistência prestada, como também estimular esse enfermeiro a realizar pesquisas dentro do âmbito hospitalar a partir desta linha temática ou qualquer outra.

Sendo também importante para o paciente e sua família, na medida em que poderão iniciar uma fase de conscientização sobre a importância dos cuidados não só relacionados aos pés, mais também com a Diabetes propriamente dita. Dessa forma, mantendo o controle glicêmico evitando ou minimizando o número de reinternações e os riscos de amputações de membros inferiores – MMII. E por fim, contribuindo para desenvolver programas de educação em que o enfermeiro possa desenvolver e aprimorar a prática educacional aos pacientes hospitalizados. E ainda, ampliando as atividades educacionais desenvolvidas pela COMEIP, órgão de um hospital universitário, não só em relação ao paciente diabético e outros pacientes com problemas nos pés.

## **2 BASES CONCEITUAIS**

### **A Educação em Saúde no contexto da Diabetes Mellitus e Aneuropatia**

Pela definição do Ministério da Saúde (MS), doença crônica é aquela que esta relacionada a múltiplas causas, caracterizadas por início gradual com prognóstico incerto, de duração longa ou indefinida, que durante seu curso pode ocorrer mudanças clínicas, como a agudização da doença podendo gerar incapacidades. Intervenções com tecnologias leves, leves-duras e duras poderão ser necessárias, associada à mudança no estilo de vida, processo de cuidado contínuo que pode não chegar à cura.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um grande problema de saúde para todo o mundo não sendo diferente no Brasil, sendo responsável por 72 % das causas mortas com uma projeção para 2020 de 80 %. Apesar de ter havido uma redução em torno de 20% no número de óbitos ocorridos na última década desde 2007, relacionada às doenças circulatórias e respiratórias crônicas, o mesmo não aconteceu com o câncer e diabetes que tiveram suas taxas de mortalidade aumentadas nesse período (BRASIL, 2011).

O diabetes mellitus faz parte dessas DCNT, não é uma doença nova, a primeira referência é datada de 1500 AC no papiro egípcio Ebers, que descreve uma doença caracterizada pela passagem de grande quantidade de urina (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

Hoje, a diabetes é considerada uma das síndromes de evolução crônica que acomete o homem moderno independente de idade, condição social, econômica e localização geográfica. É definida como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por deficiência relativa ou absoluta da insulina, produzida pelo pâncreas, que irá influenciar negativamente no metabolismo dos glicídios, proteínas, lipídios, água, vitaminas e minerais e que no decorrer da sua evolução na dependência do controle metabólico e ainda, poderão advir complicações agudas e crônicas (OLIVEIRA, 2004).

Dados da Federação Internacional de Diabetes (FID), revelam que em 2011 existiam 366 milhões de diabéticos no planeta com previsão de aumento para 552 milhões até 2030. Tal dado acarreta grande impacto econômico nos serviços de saúde em consequência dos crescentes custos com o tratamento, principalmente das complicações que leva a ocupação de leitos hospitalares nas emergências e enfermarias, com tempo de internação as vezes prolongado, o que colabora para elevação dos custos, para atendimento das doenças cardiovasculares, insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (OLIVEIRA; CHUVA, 2014; BRASIL, 2011).

Essas cirurgias para amputação estão relacionadas ao 'Pé diabético', Lopes (2003), mencionava que o pé diabético está associado com taxas importantes de ocupação e

permanência hospitalares, com repetidas intervenções cirúrgicas, repetidas hospitalizações anuais e, lamentavelmente, com frequência culminam em algum tipo de amputação, acarretando prejuízos para pacientes, familiares e instituições mantenedoras de saúde e previdência. Verifica-se, portanto, que apesar de todo o avanço tecnológico na medicina, as taxas de amputação em membros inferiores em pacientes portadores de DM são elevadas, o que deve nos levar a refletir sobre o assunto.

Como principal agravante para complicações do diabetes tem o controle glicêmico que Mendes (2010), demonstrando estudo feito pela Fiocruz da Bahia e da Unifeste com 6.700 portadores de diabetes em 22 centros clínicos brasileiros, onde foi medida a hemoglobina glicada. Evidenciou um controle glicêmico em apenas 10% dos portadores de diabetes tipo 1 e em 25% dos portadores de diabetes tipo 2, além de verificar que 45% dos examinados apresentavam sinais de retinopatias, 44% de neuropatias e 16% de alterações renais. Outro, agravante é a não aderência ao tratamento de aproximadamente 20% do grupo de pessoas com DCNT, tratamento este que perpassa não só por medicamentos, mais também por uma alimentação saudável, sem sedentarismo e uma mudança no estilo de vida dessas pessoas (BRASIL, 2013).

Mais um impeditivo para melhoria da assistência é o acesso desses pacientes ao sistema de saúde que ainda é ruim. O Ministério da Saúde baseou-se em evidências para criar a Rede de Atenção à Saúde, como estratégia para superar a fragmentação atual da saúde, com vistas a assegurar ao usuário do SUS um conjunto de ações e serviços que ele necessita, porém com maior eficiência.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é a porta de entrada e coordenadora do cuidado, responsável por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população. Os hospitais dentro desse novo modelo fazem parte da atenção complementar, responsáveis por atender a população em situações crônicas de alto ou mais alto risco e quando a condição de saúde é muito complexa, além disso, linhas de cuidados foram elaboradas para incorporar as ideias da integralidade na assistência à saúde, unificando as ações preventivas, curativas e de reabilitação (BRASIL, 2013).

Dentre as situações crônicas que o diabetes pode desenvolver a neuropatia diabética é uma das mais comuns do diabetes, é um distúrbio neurológico demonstrável clinicamente ou por métodos laboratoriais em pacientes diabéticos, excluindo-se outras causas de neuropatia. Ela acomete o organismo de maneira ampla, apresentando-se de duas formas principais a polineuropatia sensorio motora simétrica e neuropatia autonômica, compreende um conjunto

de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autônomo de forma isolada ou não. Sua prevalência aumenta quanto maior for o tempo de diabetes com mau controle, podendo chegar a frequências de 50 % de lesão neuropática, o bom controle metabólico do diabetes reduz a frequência e a intensidade da lesão neurológica. (DIRETRIZES DA SBD, 2013).

Os distúrbios causados pela neuropatia podem ser detectados precocemente na evolução do DM tipo 2 muitas vezes presente no momento do diagnóstico, enquanto nos pacientes diabéticos do tipo 1 geralmente se manifestam cinco ou mais anos após o diagnóstico. As principais manifestações clínicas presentes nessa complicação de comprometimento somático são dormência ou queimação em membros inferiores, formigamento, pontadas, choques, agulhadas em pernas e pés, desconforto ou dor ao toque de lençóis e cobertores e ainda, queixa de diminuição ou perda de sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa. Mesmo que esses sinais e sintomas se localizem nos membros inferiores os membros superiores também podem ser afetados (DIRETRIZES DA SBD, 2013).

A neuropatia é um dos fatores presente no pé diabético que pode ser conceituado segundo o Consenso Internacional (2001) como “infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores”. O pé diabético é um termo utilizado para nomear as alterações ocorridas nos pés do paciente portadores de diabetes em decorrência da neuropatia periférica em 90% dos casos, de doença vascular periférica e de alterações da biomecânica dos pés e em membros inferiores. Ao longo da vida 15 % dos pacientes diabéticos terão uma probabilidade de formação de ulcera nos pés, acarretando em feridas complexas e às vezes com infecção levando a amputação de parte ou todo o membro. Numa pesquisa com 408 pacientes com diabetes mellitus tipo 2, na faixa etária em média de 59,9 anos e 10,4 anos de evolução de diabetes concluiu-se que 31,1% eram portadores de neuropatia periférica distal (CAIAFA et. al., 2011; REZENDE et. al., 2008; OLIVEIRA, 2004).

O estudo de Santos; Silva; Silva et. al. (2008) nos mostra uma relação entre as ações educativas e o exame clínico dos pés feito pelos profissionais de saúde nas unidades básicas de saúde e os pacientes que se submeteram a amputação, encontraram que 71,7 % não receberam orientações para o cuidado com os pés 77,1 % não tiveram seus pés avaliados pelo profissional na rede básica de saúde. Ações educativas para prevenção em relação ao pé diabético recebidas na atenção básica de saúde ainda não conseguem atingir a toda população

usuária do SUS. Outro agravante também é que muito desses pacientes tem seu diagnóstico no momento da internação já com complicação no pé.

O Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (2001) menciona que algumas estratégias se utilizadas podem reduzir em até 50 % a taxa de amputação, essas estratégias para prevenção de lesões nos pés se resumem em cincopassos: Inspeção regular e exame dos pés e dos calçados; Identificação do paciente com pé em risco; Educação dos familiares, pacientes e dos profissionais; Uso de calçado apropriado; e Tratamento da patologia não ulcerativa descritos a seguir:

### **Inspeção regular e exame dos pés e dos calçados**

Na inspeção regular dos pés dos pacientes diabéticos o International Diabetes Federation (IDF) recomenda no mínimo uma avaliação anual, sendo esse um procedimento de baixo custo para prevenção do pé diabético e quando da comprovação de risco a avaliação deverá ser com maior frequência. Então durante as consultas o profissional devera solicitar a retirada dos calçados e examinar os pés com o paciente deitado e em pé, em busca de fatores de riscos. A investigação deve ser focada na busca da neuropatia diabética, pois ela está presente em 50% dos pacientes com DM2 acima de 60 anos sendo a polineuropatia diabética periférica a mais comum, ela afeta 30% dos pacientes em atendimento clínico hospitalar e de 20% a 25% entre os pacientes na atenção básica, além de estar presente em 10 % dos pacientes pré – diabéticos, a neuropatia autonômica também é um outro fator importante para o aparecimento das úlceras. (DIRETRIZES DA SBD, 2013).

O exame físico dos pés deve ser criterioso e pode ser dividido em quatro etapas:

### **Avaliação da pele:**

Na inspeção da pele devemos incluir as condições de higiene dos pés e corte das unhas, unhas espessadas e/ou onicomicose, intertrigo micótico, pele ressecada e/ou descamativa. Pesquisar também presença de flictenas, presença de úlceras, amputações prévias ou áreas de hiperemia. Diferenças na temperatura de todo o pé ou parte dele, em relação ao outro pé, podem indicar doença vascular ou ulceração (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012 apud BRASIL, 2013).

### **Avaliação musculoesquelética:**

Nesta avaliação as deformidades deveram ser pesquisadas. Deformidades rígidas são definidas como contraturas que não são facilmente reduzidas manualmente e, frequentemente, envolvem os dedos, as deformidades mais comuns que incluem os dedos em garra e dedos em

martelo aumentam as pressões plantares, e causam ruptura da pele. A artropatia de Charcot acomete pessoas com neuropatia nos pés e se apresenta como eritema, calor, edema, perda da concavidade da região plantar causando uma grosseira deformidade. (BOULTON et al., 2008 apud BRASIL, 2013).

#### **Avaliação vascular:**

Considerando que 50 % dos pacientes diabéticos são portadores de doença arterial periférica a palpação do pulso pedioso e tibial posterior que devem ser avaliados e registrados como presente ou ausente. É importante pesquisar a história de claudicação intermitente, dor em repouso, observar também a temperatura, os pelos, o estado da pele e dos músculos. A ausência ou diminuição importante de pulso periférico, a atrofia da pele e dos músculos, a rarefação dos pelos, podem ser sinais de doença arterial periférica, devendo ser avaliada a necessidade de encaminhar ao cirurgião vascular (BOULTON, 2008 apud BRASIL, 2013).

A verificação do Índice Tornozelo Braço (ITB) também é utilizada para avaliação vascular, é um método fácil, e objetivo, de baixo custo e reproduzível para rastreamento da doença arterial periférica. É a relação entre a mais alta pressão sistólica no tornozelo e a mais alta verificada na artéria braquial com auxílio de um Doppler manual de transdutor 8 a 10 MHz. Os valores acima ou igual a 0,90 e abaixo ou igual a 1,30 são considerados normais, acima de 1,30 indicam provável calcificação da camada média da artéria e um ITB baixo 0,90 pode ser indicativo de arteriosclerose generalizada e esta associada à maior risco de morte por doença cardiovascular (SOUZA; BATISTA; VILAR, 2014; DIRETRIZES DA SBD, 2013).

#### **Avaliação neurológica:**

A avaliação neurológica deve se pesquisar queixas dedores nos membros inferiores, especialmente à noite, formigamentos, o que pode nos levar a polineuropatia diabética. Deformidades neuropáticas típicas tais como dedos em garra ou em martelo, proeminências de metatarsos e acentuação do arco, resultando em maior pressão plantar. A avaliação neurológica tem como principal objetivo identificar a perda da sensibilidade protetora (PSP), que pode se estabelecer antes do surgimento de eventuais sintomas é o ponto chave para prevenção do desenvolvimento de úlcera que associado a traumas, tais como corte de unha errado, uso de calçados inadequados, caminhar descalço confere um risco sete vezes maior para o aparecimento das úlceras.

Segundo o consenso internacional e as diretrizes da SBD para pesquisa da perda da sensibilidade protetora faz necessário a execução de quatro testes simples com o uso de:

a) Monofilamento de náilon (Semmes-Weinstein) – 10 g ele detecta alteração das fibras grossas e avalia a sensibilidade protetora plantar. A perda da sensação protetora plantar é altamente indicativa de lesões futuras. Atualmente, recomenda-se testar quatro áreas plantares: hálux (superfície plantar da falange distal), primeiro, terceiro e quinta cabeçado metatarso (sensibilidade 90% e especificidade 80%). Qualquer área insensível indica PSP. A técnica correta a ser usada segundo o Caderno de Atenção Básica de Diabetes 2013 é:

- A pessoa deverá ficar sentada de frente para o examinador com os pés apoiados, de forma confortável. Orientar sobre a avaliação e demonstrar o teste com o monofilamento utilizando uma área da pele com sensibilidade normal.

- Solicitar à pessoa que feche os olhos.

- O filamento é aplicado sobre a pele perpendicularmente produzindo uma curvatura no fio. Essa curvatura não deve encostar-se à pele da pessoa, para não produzir estímulo extra. Áreas com calosidades devem ser evitadas.

- Se o filamento escorregar na pele no momento do toque, não considerar a resposta e repetir o teste no mesmo ponto.

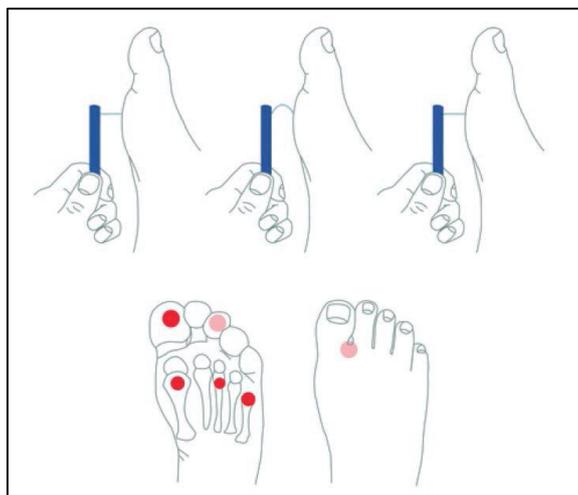
- Começar o teste com o fio a uma distância de 2 cm da área a ser testada. Tocar a pele com o filamento mantendo sua curva por 2 segundos. Evitar movimentos bruscos ou muito lentos.

- Solicitar ao paciente que responda “sim” quando sentir o toque ou “não” caso não sinta e perguntar onde sente a pressão (pé direito ou esquerdo).

- Repetir aplicação duas vezes no mesmo local, mas alternar com, pelo menos, uma aplicação “simulada”, quando nenhum filamento é aplicado (em um total de três perguntas em cada ponto).

- No caso de resposta positiva e negativa em um mesmo ponto, considera-se o teste normal caso a pessoa acerte duas das três tentativas e teste anormal na presença de duas respostas incorretas.

Figura 1-Teste de sensibilidade

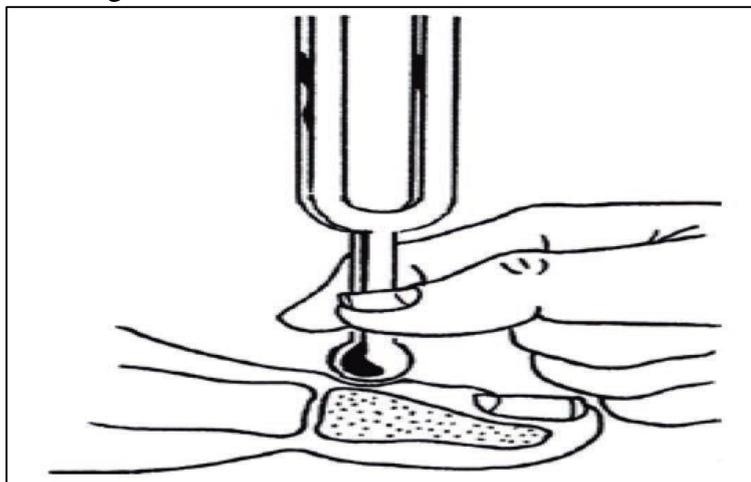


Fonte: Boulton (2008)

b) O diapasão 128 Hz avalia as fibras grossas, sensitivas e motoras para a sensibilidade vibratória. O cabo do diapasão deve ser posicionado sobre a falange distal do hálux, ou como alternativa o maléolo lateral pode ser utilizado. O teste é considerado anormal quando a pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando. Técnica de realização do teste segundo Caderno de Atenção Básica de Diabetes 2013 é:

- Primeiro, aplique o diapasão nos punhos do paciente (ou cotovelo ou clavícula) para que ele saiba o que esperar. A pessoa não deve ser capaz de ver onde o examinador aplica o diapasão.
- O diapasão é aplicado sobre uma parte óssea no lado dorsal da falange distal do hálux.
- O diapasão deve ser aplicado perpendicularmente com pressão constante, repita esta aplicação duas vezes, mas alternem pelo menos uma aplicação “simulada” em que o diapasão não esteja vibrando.
- O teste é positivo se o paciente responde de forma incorreta pelo menos duas de três aplicações e negativo com duas das três respostas corretas. Se o paciente é incapaz de sentir as vibrações no hálux, o teste é repetido mais proximamente (tuberosidade tibial, maléolo).

Figura 2- Teste de sensibilidade vibratória



Fonte: Grupo de Trabalho Internacional Sobre Pé Diabético (2001)

c) O martelo de reflexo avalia fibras grossas, sensitivas e motoras, para avaliação de reflexos aquileus. A técnica utilizada é executada da seguinte forma:

- Com o tornozelo em posição neutra, utiliza-se um martelo apropriado para percussão do tendão de Aquiles. O teste é considerado alterado quando há ausência da flexão do pé.

d) Teste para a sensação de picada utiliza-se um pino, palito ou *pinprick* descartável que irá avaliar as fibras finas sensitivas, para identificar a sensibilidade dolorosa, também a percepção da distinção de uma ponta romba e outra pontiaguda.

- Aplica-se, na superfície dorsal da pele próxima a unha do hálux. A falta de percepção diante da aplicação do objeto indica um teste alterado e aumenta o risco de ulceração.

Todos esses testes foram validados e tem grau de recomendação A, podem ser usados para diagnóstico da polineuropatia diabética (PND) e da perda da sensibilidade protetora. Não somente dentro da Atenção Básica, mas também no âmbito hospitalar poderá ser possível prevenir, suspeitar ou identificar precocemente neuropatia periférica com diminuição da sensibilidade protetora para que estratégias sejam traçadas para prevenir o aparecimento de outras lesões, caso já existam, e também não piorar a já existente quando houver.

### Identificação do paciente com pé em risco

A identificação do paciente de risco para o desenvolvimento de lesões é outro ponto importante para prevenção, essa classificação ocorre após a coleta da história e do exame clínico nos pés. Segundo as diretrizes do SBD 2012-2013 o quadro abaixo resume os cuidados a serem seguidos em cada classificação de risco (Quadro 1).

Quadro 2 - Classificação do risco, recomendações e acompanhamento periódico, segundo o nível de atenção de saúde.

Risco /categoria	Definição clínica	Tratamento e recomendação	Acompanhamento
0	PSP e DAP ausentes	Educação do paciente, incluindo aconselhamento sobre o sapato adequado.	Anual, por uma equipe generalista (previamente treinada) ou especialista.
1	PSP * deformidade	Considerar o uso de calçados especiais e cirurgia profilática se a deformidade não puder ser adaptada aos sapatos. Continuar a educação.	A cada 3-6 meses, por equipe especialista.
2	DAP ± PSP *	Considerar sapatos especiais e consulta com um cirurgião vascular para seguimento conjunto.	A cada 2-3 meses (por equipe especialista).
3	Histórico de úlcera ou amputação	Considerar o uso de sapatos especiais e consulta com cirurgião vascular para seguimento conjunto (se DAP estiver presente).	A cada 1-2 meses (por equipe especialista).

\*PSP (Perda da Sensibilidade Protetora) DAP (Doença Arterial Periférica).

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013/2014).

### Educação dos familiares, pacientes e profissionais,

A educação é uma das ferramentas principais para o paciente manter o autocuidado que deverá ser para a vida inteira. A educação em diabetes deve ser estendida não só ao paciente e sua família, mas também aos profissionais de saúde, com o objetivo de orientar esses profissionais a incorporar e utilizar essa ferramenta em sua prática profissional.

### Uso de calçado apropriado,

Os sapatos devem ser inspecionados durante as consultas, devendo as meias serem inspecionadas também. Os calçados protegem os pés de traumas, temperaturas elevadas e contaminação, quando a sensibilidade protetora ainda não foi afetada os pacientes podem escolher seus próprios sapatos, porém os pacientes portadores de neuropatia precisam ter maiores cuidados principalmente se existir deformidades nos pés então se faz necessário um sapato mais adequado para sua condição (CONSENSO INTERNACIONAL, 2001; DIRETRIZES DA SBD, 2013/2014).

Deve ser observado se estão ajustados e confortáveis. Observar também as características deste calçado, tais como: estilo, modelo, largura, comprimento, material e costuras na parte interna, palmilhas deformadas, cano muito curto, ou apertados podem provocar vermelhidão, flictenas ou calosidade na pele. Para os diabéticos os sapatos devem ser confortáveis e que reduzam as áreas de pressão. É preferível que o sapato tenha cano alto, couro macio que permita a transpiração do pé e que seja mais largo na lateral para acomodar as deformidades como artelhos em garra e hálux valgus, em caso de salto é recomendado que seja no estilo Anabela. (PRAZERES, 2009 apud BRASIL, 2013).

### **Tratamento da patologia não ulcerativa.**

Toda e qualquer lesão no pé do paciente diabético não deve ser considerada algo sem importância, pois ela pode servir como porta de entrada para uma infecção com uma rápida disseminação. As calosidades, unhas encravadas, unhas mal cortadas, rachaduras ou lesões, qualquer anormalidades observadas nos pés não devem ser subestimadas e sim tratadas adequadamente e sem demora.

Deve-se ficar atento também a alguns fatores de riscos que podem levar a consultas mais frequentes descritos a seguir:

- Calos, calosidades nos pés, micoses (interdigital ou ungueal), unhas encravadas, deformidades nos pés e pododáctilos;
- Limitação de a mobilidade articular.
- Limitações físicas (p. Ex.: cegueira ou redução da visão) ou cognitivas para o autocuidado;
- Baixo nível de conhecimento sobre cuidados preventivos;
- Condições de higiene inadequadas;
- Baixo nível socioeconômico e de escolaridade;
- Pouco ou nenhum apoio familiar ou de amigos no dia a dia;
- Residência em instituição de longa permanência.

As diretrizes da SBD 2013-2014 apresentam algumas recomendações, baseadas em evidência A, B, C e D, descritas a seguir:

Evidência A - Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.

- Rastrear a PND identificando ossintomas e sinais (deformidades neuropáticas - dedos em garra, proeminência de metatarsos, calosidades, limitação da mobilidade articular; pesquisar a Perda de Sensibilidade Protetora Plantar (PSP) – insensibilidade ao monofilamento 10 g e um dos testes sensitivo-motores alterados (sensibilidade vibratória, sensibilidade dolorosa, reflexo aquileu).
- DM1: devem ser tratados intensivamente para atingir bom controle da glicose ( $A1C < 7,0\%$ ) para prevenção e progressão da PND.

Evidência B - Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.

- DM2: devem ser tratados intensivamente para atingir bom controle da glicose ( $A1C < 7,0\%$ ) para prevenção e progressão da PND.
- A recomendação para realização do ITB envolve qualquer paciente diabético com sintomas e idade acima de 50 anos.
- Os pacientes diabéticos com alto risco de ulceração (história prévia de úlcera e amputação) devem receber educação (inclusive aconselhamento para evitar traumas), aconselhamento sobre calçados, cessação de tabagismo e referência precoce para cuidados por profissionais treinados para lidar com lesões em pés.
- A classificação de Texas, validada, mostrou ser mais eficaz em refletir o risco de amputação e prever a possibilidade de cicatrização do que a de Wagner.

Evidência C - Relatos de casos – estudos não controlados.

- Pacientes com úlceras devem ser seguidos por uma equipe multidisciplinar com expertise evidente no manuseio para prevenir recorrência de úlceras e amputações.

Evidência D - Opinião desprovida de avaliação crítica baseada em consenso, estudos fisiológicos ou modelos animais.

- Todo o paciente diabético com lesão no pé deve receber atendimento em 24 horas.

- Qualquer infecção relacionada a lesões em pés de pacientes diabéticos deve ser tratada de forma adequada.
- Rastrear PND em DM2 na época do diagnóstico e anualmente.
- Rastrear PND em DM1 após 5 anos do diagnóstico.
- O exame clínico dos pés deve integrar uma abordagem do DM pelos profissionais e dos gestores de saúde para diminuir o risco de lesões e amputações nos pés (PND, DAP e evidência de infecção).

### **3- METODOLOGIA:**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa demonstra-se adequada para compreensão da problemática deste estudo, acreditando na interação positiva e espontânea entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, para que transcorra satisfatoriamente nos ajudando nas interpretações colhidas.

A pesquisa qualitativa se ocupa com um nível da realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, valores e das atitudes, pertencente à natureza humana que dificilmente poderá ser traduzida em números. Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (SILVA, 2001).

A modalidade foi de pesquisa de campo denominada convergente assistencial, que na concepção de Trentini e Paim (2004, p.28) é:

Aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social; portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado. A pesquisa convergente-assistencial inclui uma variedade de métodos e técnicas pelo fato de que, além de obter informações, o pesquisador envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo.

Essas autoras referem que o pesquisador que se propõem a essa modalidade de pesquisa coloca-se em compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no campo estudado. Uma das principais características dessa modalidade de pesquisa é a sua articulação intencional com a prática assistencial. A modalidade da pesquisa convergente assistencial dentro do seu planejamento possui por vezes, fases que deveram ser observadas, por exemplo: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004).

#### **3.1 FASE DA CONCEPÇÃO**

O tema foi identificado a partir da vivência prática do pesquisador em promover ações educativas aos pacientes internados. Quando atuava como líder de equipe e chefe de setore da observação informal da assistência prestada aos pacientes diabéticos em relação à educação enquanto internados nas diversas clinicas do Hospital Universitário localizado no município

do Rio de Janeiro onde foi desenvolvido o estudo. Para complementação do tema escolhido foi realizado pesquisas bibliográficas com o intuito de saber o que estava sendo produzido em relação ao objeto deste estudo.

### **3.2 FASE DA INSTRUMENTAÇÃO**

Fase das decisões metodológicas segundo Tentini e Pain(2004)é a fase onde se define: a) o cenário, b) os participantes da pesquisa, c) escolha das técnicas para obtenção dos dados e a maneira de analisá-los.

#### **a) Cenário da pesquisa**

Como cenário foios setores de clínica médica e cirúrgica de um Hospital Universitário da rede Federal, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro. É um hospital quem como missão o ensino, pesquisa e assistência, atualmente conta com 283 leitos distribuídos entre os serviços de clinica médica, cirúrgicae doença infecto-parasitaria (DIP), dermatologia, centro de terapia intensiva (CTI) clínico e cirúrgico, nefrologia e varias outras especialidades (Cardiologia, Endocrinologia, Neurologia, Hematologia, dentre outras).

O estudo desenvolveu-se nos setores de clínica médica,9A, B e F, 8C, e 10C que são de clínica cirúrgica, nestas seções internam um grande número de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dentre as quais encontra se a diabetes, sendo que alguns pacientes já internam com complicações.

Os setores que foram cenários da pesquisa são compostos em relação ao número de enfermarias, leitose especialidades da seguinte maneira:setor 8C com 6enfermarias de cinco leitos, mais 2 enfermarias com 2 leitos em cada perfazendo um total de 34 leitos distribuídos entre a cirurgia vascular, cardiologia, cirurgia plástica; 9A com 5 enfermarias de 5 leitos mais uma enfermaria com 2 leitos e uma com 1 leito para isolamento respiratório totalizando 28 leitos de clínica médica, dentre estes 10 são para geriatria, o setor 9B é composto de 3 enfermarias com 5 leitos cada mais 2 enfermarias com um leito também para isolamento respiratório totalizando 17 leitos disponível para clinica médica, no setor 9F as enfermarias são individuais, pois recebem apenas pacientes em isolamento de contato dos diversos setores do hospital perfazendo 16 leitos disponíveis tanto para cirurgia como clínica médica, no setor 10C contamos com 7 enfermarias de 5 leitos mais 2 enfermarias com um leito para isolamento respiratório perfazendo um total de 37 leitos distribuídos para neurologia e neurocirurgia,

ortopedia, cirurgia geral, urologia e proctologia, mais uma enfermaria com 7 poltronas para cirurgia de curta permanência (oftalmologia, otorrinolaringologia) totalizando 44 pacientes sob a responsabilidade desse setor. Todos os setores têm uma taxa de ocupação alta, e em especial o setor 10C por ser um setor cirúrgico que além de uma taxa de ocupação alta tem uma rotatividade muito grande, são informatizados e toda assistência de enfermagem está envolvida nesse sistema, incluindo a prescrição de enfermagem, e evolução do paciente pelo enfermeiro.

### **b) Participantes**

Os participantes do estudo foram os enfermeiros lotados nos setores de clínica médica e cirúrgica. Os setores clínicos 9A e cirúrgico 10C por serem considerados setores mais complexos pelo quantitativo de pacientes têm dois enfermeiros por plantão diurno, o restante tem um enfermeiro também no plantão dia e noite, mais um enfermeiro chefe de setor. Esses enfermeiros são regidos por dois regimes trabalhistas, um chamado Regime Jurídico Único (RJU) onde os enfermeiros são concursados fazendo parte do quadro efetivo do hospital com uma escala de trabalho de 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso e outro regime trabalhista chamado extra-quadro que não tem vínculo empregatício com a instituição com uma escala de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, este grupo de trabalhadores têm uma alta rotatividade no hospital. Independente das escalas de trabalho e regime trabalhista todos têm responsabilidades iguais com um percentual de assistência em torno de 70% e 30% na parte burocrática diferente do chefe de setor que é o inverso.

Como critério de inclusão foi adotado os enfermeiros que estivessem atuando nos setores de clínica médica e cirúrgica no período da coleta de dados, que fossem do regime RJU e que aceitaram em participar da pesquisa. E os critérios de exclusão foram os enfermeiros licenciados no período da coleta de dados, os extras quadros por entender que a alta rotatividade poderia interferir no período da coleta de dados, porém eles não serão excluídos dos cursos de capacitação e/ou treinamento correlacionado a pesquisa quando houver. Também foram excluídos os enfermeiros que não aceitaram participar da pesquisa. Foram entrevistados 18 enfermeiros alocados nos setores acima referidos, do período diurno, com regime trabalhista RJU os enfermeiros do período noturno não conseguiram ser agendados por incompatibilidade de horário.

### **c) Escolha das técnicas para obtenção dos dados e a maneira de analisá-los.**

Dentre as várias técnicas para a obtenção dos dados da pesquisa, escolheu-se entrevista individual semi-estruturada por acreditarmos que tanto o participante e o pesquisador teriam uma interação maior entre si. Formulou-se um roteiro de entrevista com assuntos que levaram o pesquisador a propor esse estudo. Esse tipo e técnica oportunizaram o pesquisador a prática assistencial e de pesquisa ao mesmo tempo. Premissa imprescindível nessa modalidade de pesquisa. As entrevistas foram agendadas devido à complexidade dos cenários onde foi desenvolvida a pesquisa.

### **3.3 FASE DE PERSCRUTAÇÃO**

Fase caracterizada pelas estratégias de refinamento das obtenções das informações.

Coleta de dados:

Para coleta de dados foi realizada uma entrevista individual semi-estruturada, neste momento, os dados foram gravados em arquivo digital, mediante autorização dos partícipes, e posteriormente transcrito na íntegra. Para a entrevista foi elaborado um roteiro, testado com um enfermeiro que não participou da pesquisa, inclusive testando as intervenções do pesquisador durante a entrevista, estratégia utilizada nessa modalidade de pesquisa. Posteriormente esse roteiro (Apêndice A) foi organizado em quatro momentos distintos:

1º - Preenchimento pelo participante de dados demográficos para caracterizar os participantes da pesquisa que constou de idade, sexo, tempo de formado, tempo que trabalha na clínica médica ou cirúrgica, se trabalha em outra instituição e se tem curso de especialização.

2º - Discussões com os enfermeiros, abordando o entendimento e conhecimentos do que são ações educativas em relação à educação de paciente diabético:

- O que você entende por ação educativa?

- Você considera que a Ação Educativa faz parte do cuidado da Enfermeira durante a internação?

3º - Discussões sobre as ações educativas implementadas ao portador de pé diabético, o exame clínico dos pés e participação da família.

- Que itens são avaliados nos pés do paciente diabético na admissão e durante a internação?

- Quais ações educativas são implementadas aos pacientes portador de pé diabético?

- O paciente e família participam dessas ações educativas?

4º - Levantamento das os fatores intervenientes positivos e negativos em relação às ações educativas na internação e seu registro:

- Quais pontos você considera facilitador para abordagem e registro de ações educativas nos setores clínicos e cirúrgicos?

- Quais pontos você considera dificultador para abordagem e registro de ações educativas nos setores de clínica médica e cirúrgica?

### **3.4 FASE DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os depoimentos foram transcritos na íntegra e mantidos os discursos originais dos sujeitos, com signos ortográficos que sinalizarão as pausas, os silêncios, as entonações entre outras características do discurso verbal. Foram registradas, também, as emoções próprias aos discursos espontâneos como risos, choros entre outras. Todo este cuidado tem como propósito a constituição do “corpus” qualitativo da pesquisa. Para análise do material discursivo foi aplicada a técnica de análise de conteúdo que segundo Bardim (2010) pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Nesta técnica, as categorias não são determinadas à priori, emergindo das falas dos sujeitos. Primeiramente foi feita a leitura flutuante de todo o material na busca do delineamento empírico da pesquisa. O segundo procedimento foi o da pré-análise, com vistas à captação dos grandes temas de maior significância, presente nas falas dos participantes. Após esta fase, ocorria classificação por categorias, com vistas à seleção dos temas de maior incidência e, ainda, será buscada a confluência dos mesmos nos discursos dos sujeitos, ou seja, foram selecionados aqueles que tiveram maior frequência de aparição no conjunto das falas da maioria dos sujeitos da pesquisa. Por último os conteúdos das mensagens foram analisados de acordo com o contexto no qual foram produzidas, à luz dos conceitos teóricos que serviram de alicerce conceitual para a pesquisa.

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

O projeto foi cadastrado na plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sendo aprovado pelo Parecer nº649.007 (Anexo A) e nº. 1.244.065 de 25/09/15 ( Anexo B ). O ofício

de autorização para à Direção Geral e Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário onde foi realizada a pesquisa foram encaminhados, o termo de compromisso com a instituição assinado pela Chefia de Enfermagem (Anexo D ) e o parecer da instituição coparticipante<sup>o</sup>. 1.274 847de 10/10/15(Anexo C). Após autorização os participantes receberam e assinaram uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ApêndiceB) onde eles tiveram conhecimento dos seus direitos e deveres como participantes da pesquisa. Este documento também destacou os objetivos do estudo, o compromisso com a privacidade e confiabilidade dos resultados, preservando integralmente o anonimato dos participantes. Em obediência aos princípios éticos constantes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os partícipes desta pesquisa foram identificados por códigosE1, E2, E3e assim sucessivamente até o último participante.

## 4 RESULTADO E DISCUSSÃO:

Os resultados obtidos serão apresentados e discutidos simultaneamente e foram agrupados de acordo com a caracterização dos participantes dessa pesquisa e em categorias que emergiram após leitura e análise das entrevistas.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Conhecer o perfil do participante em relação a sua idade, sexo, tempo de formado, tempo que trabalha na instituição nos setores de clínica médica ou cirúrgica, se trabalha em outra instituição e se tem curso de especialização é importante para que se possa conhecer um pouco a realidade vivenciada por eles, e para melhor compreendermos suas práticas. Esses resultados foram apresentados em tabelas a seguir:

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por sexo:

<b>Sexo</b>	<b>Fi</b>	<b>F%</b>
<b>Feminino</b>	17	94,44%
<b>Masculino</b>	01	5,56 %
<b>Total</b>	18	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Rio de Janeiro (2014).

Dos 18 entrevistados 01 era do sexo masculino, 17 do feminino, a equipe de enfermagem caracteriza-se predominantemente como feminina. Pela pesquisa sobre o perfil da enfermagem que está em andamento em todo Brasil promovida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), cerca de 84,6 % dos profissionais de enfermagem são mulheres ficando os homens com 15 % de participação, porém a pesquisa está demonstrando que o contingente masculino está em ascensão. Essa predominância feminina espelha também a história da enfermagem que sempre teve o gênero feminino como a principal força de trabalho (BARRETO ET al, 2012; MARTINS et.al., 2006).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por idade:

Idade	Fi	F%
20 -30 anos	04	22,23 %
31-40 anos	08	44,45 %
41-50 anos	03	16,66 %
51-60 anos	03	16,66 %
<b>Total</b>	18	100 %

Fonte: Dados da pesquisa, Rio de Janeiro (2014).

A idade variou entre 20 a 60 anos, estando à maioria na faixa de 31 e 40 anos (44,45%), estando em concordância com o estudo realizado pelo COFEN em 2011, onde identificaram na faixa etária de enfermeiros de 26 a 45 anos um percentual de 65,35 % da população registrada nos CORENS de todo Brasil. Faixa etária jovem do trabalhador de enfermagem que encontra-se produtivo e reprodutivo (COFEN, 2011; BARRETO et. al., 2011).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes por tempo de serviço na instituição:

Tempo de serviço	Fi	F%
6 meses a 1 ano	07	38,89%
2 anos a 5 anos	06	33,34%
6 anos a 10 anos	01	5,55%
11 anos a 20 anos	03	16,67%
21 anos a 30 anos	01	5,55%
Total	18	100 %

Fonte: Dados da Pesquisa, Rio de Janeiro (2014).

Tempo de serviço na instituição variou de 6 meses a 30 anos, por ser uma instituição pública a estabilidade adquirida no emprego atrai novos funcionários que através dos concursos públicos são admitidos. Os 38% dos participantes dessa pesquisa são recém-admitidos estando ainda em estágio probatório, ainda adquirindo experiência dentro da instituição, porém observa-se um envolvimento com a instituição, um desejo de contribuir para melhoria na assistência de enfermagem prestada.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de formado

Tempo de formado	Fi	F%
01 a 10 anos	09	50%
11 a 20 anos	05	27,78%
21 a 30 anos	02	11,11%
31 a 40 anos	02	11,11%
Total	18	100 %

Fonte: Dados da pesquisa, Rio de Janeiro (2014).

O tempo de experiência de um enfermeiro no mercado de trabalho pode ser indicado pelo seu tempo de formado. Nesse estudo 50 % dos enfermeiros entrevistados têm em torno de 10 anos de formados. Formação concluída nos anos 2000 período este que os alunos eram sujeitos do seu processo de aprendizado, e o professor uma figura com função de instrumentalizá-lo. O perfil desse profissional está voltado para a formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, e que além de estar pautado nos princípios éticos tem como fase o rigor científico e intelectual. Dos períodos restantes 27,78% teve sua formação nos anos 90 onde o objetivo da formação era definir um perfil, bem como suas competências gerais e específicas, com o objetivo de capacitar o enfermeiro a interagir com a equipe, identificar e intervir nas diferentes situações clínicas, e possuir o domínio intelectual. Os 22,22% restantes tiveram sua formação nos anos 70 e 80, onde a formação tinha como perfil um enfermeiro que desenvolvia várias atribuições, tais como: identificação, diagnóstico e planejamento do cuidado de enfermagem; ensinar e supervisionar o pessoal auxiliar; orientar paciente, família e comunidade. É também quando surge a lei do exercício profissional ditando as regras do que é competência ou não do enfermeiro (MARTINS, KOBAYASHI e AYOUB et. al., 2006).

Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com curso de especialização:

Curso de especialização	Fi	F%
Mestrado	02	11,12%
Outras especializações	16	88,88%
Total	18	100 %

Fonte: Dados da pesquisa, Rio de Janeiro (2014).

A instituição onde foi desenvolvido o estudo tem como meta o ensino, a pesquisa e assistência, podemos observar que 88,88% dos participantes do estudo tem curso de especialização e 11,12% curso de mestrado, isso demonstra o interesse desses profissionais em expandir seus conhecimentos dentro das áreas de atuação ou afins, refletindo também em uma enfermagem competente e propensa a pesquisa. Outro fator que estimula o profissional para a capacitação é o regime de trabalho e seu um plano de cargos e salários que eleva a partir de capacitação e qualificação a aumentos de salário. A melhora nos níveis de capacitação estimula ainda mais o crescimento dos profissionais, além de ter um quadro de profissionais mais capacitados e com maior probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções (MARTINS, KOBAYASHI E AYOUB et. al., 2006).

Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com outro vínculo:

Outro vínculo	Fi	F%
SIM	08	44,44%
NAO	10	56,56%
Total	18	100 %

Fonte: Dados da pesquisa, Rio de Janeiro, 2014.

A enfermagem no Brasil ainda não tem um piso salarial regulamentado para todo o país, precisando de aprovação por leis. Somando-se a isso a escala de trabalho que a maioria dos profissionais cumpre de 12hs/36hs ou 12hs/60hs favorecendo que esse profissional

procure outra fonte de renda, no estudo em questão encontramos 44,44% dos enfermeiros com duplo vínculo. Se considerarmos que a maioria desses profissionais são mulheres acrescentasse a jornada doméstica, que poderá levar esse profissional a exaustão e/ou fadiga (SILVA; ROTENBERG; FISCHER,2011).

## **4.2 CATEGORIAS**

As categorias surgiram após leitura e análise das entrevistas, sendo evidenciadas três categorias que foram: 1-A percepção do enfermeiro acerca da Educação em Saúde e ações educativas, 2-As ações educativas no cotidiano do enfermeiro na unidade de internação e 3-Os fatores intervenientes positivos e negativos na prática educativa do enfermeiro durante a internação.

### **4.2.1 CATEGORIA 1 - A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES EDUCATIVAS**

As ações realizadas pelo enfermeiro oportunizam ao cliente o melhor entendimento sobre a doença e envolvimento no autocuidado. Quando o paciente é bem orientado desenvolve habilidades para a prática do autocuidado incluindo-as nas atividades cotidianas. Nessa perspectiva, por meio do diálogo e experiências, buscou-se conhecer as iniciativas desenvolvidas pelos sujeitos para que os clientes diabéticos desenvolvam o senso de responsabilidade pela sua própria saúde.

Destacando os relatos dos participantes quando eles se referem a 'educação em saúde', como: "informação para os pacientes, família e comunidade. Oferecer orientação para o autocuidado e prevenção, praticar a educação diária junto à equipe e ainda, administrar a necessidade de estar sempre estudando foram algumas das falas evidenciadas:

*O enfermeiro a todo o momento está fazendo educação em saúde, com os pacientes, com a família, com os vizinhos (E1).*

*... educação em saúde para mim é dar informações, ensinamentos para que as pessoas possam conhecer um pouquinho sobre aquilo que está sendo falado. (E3)*

*Eu entendo como prevenção e orientação, em cima desse paciente. Uma determinada linguagem para que ele possa entender,... (E2)*

*... a orientação que a gente dá preventivamente para o paciente. Para prever alguma doença ou algum cuidado. (E8)*

*...é a orientação que a gente faz ao paciente de suas necessidades, para que ele faça o seu autocuidado e tenha conhecimento sobre si e que possa se cuidar da melhor maneira possível. (E5).*

*Educação em saúde eu entendo como, estar orientando a equipe multiprofissional, orientando o paciente em relação a sua doença, ao seu autocuidado, a prevenção de complicações. (E18)*

*...é estar sempre educando no seu dia a dia, estar sempre estudando também. (E6).*

Ressaltamos que os relatos se complementam, pois a educação é uma prática social e como tal vai além de transmitir as informações. As orientações preventivas visam envolver e aprimorar não apenas os conhecimentos cognitivos, mas comportamentos e atitudes do ser humano (BACKES, ERDMANN, SILVA et al, 2007).

A educação faz parte da vida desde o momento do nascimento, o homem é um ser inacabado e sabe-se inacabado, a educação é infinta e a nós possibilita todos os dias buscar a educação, pois nunca sabemos tudo o que há para saber e sempre podemos aprender (FREIRE, 1989). A educação é um processo que vem ganhando espaço na área da Saúde, pois é um instrumento de transformação social, de reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimula a criatividade (BRASIL, 2008).

A educação para os pacientes diabéticos começa a ser vislumbrada em 1970 com a experiência pioneira do Leona Miller Contry Hospital. Nesta época, iniciaram um programa básico de ensino e observaram a redução do número de hospitalizações e a redução dos atendimentos de emergência em 80%. Hoje a educação é um dos pilares, uma base sólida para o tratamento do diabético (ZAGURY, 2008).

Os pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes têm a educação em saúde como aliada para o seu tratamento, pois se obtêm melhores resultados a curto, médio e longo prazo. Ao diabético depois de diagnosticado será exigido mudanças de

hábitos e desenvolvimento de comportamentos e habilidades especiais de autocuidado, tais como: administrar insulina, cuidar dos pés, manejar sua dieta, etc.. Estas mudanças deverão ser mantidas por toda a vida. Quanto maior o entendimento da doença, suas características e complicações, melhor a detecção precoce e redução da velocidade do aparecimento das complicações da doença como é o caso do pé diabético.

A educação em saúde constitui uma ferramenta para a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade, atualmente ela pode ser entendida como um processo complexo que vincula diversos saberes e práticas, buscando proporcionar para as pessoas o mais alto nível de saúde. Tem por finalidade ensinar as pessoas a viverem da maneira mais saudável possível, mostrando a responsabilidade que cada um tem na manutenção da mesma e melhoria das condições de vida e saúde da população é uma das metas. Vem se destacando por valorizar o desenvolvimento de uma consciência crítica do indivíduo, assim favorecendo o despertar inclusive da necessidade dos direitos à saúde e a qualidade de vida (SOUSA, TORRES, PINHEIRO et al, 2010).

Porém essa educação precisa estar voltada para a realidade que as pessoas vivem, pois é nesse ambiente onde acontecem os principais problemas de saúde. Então se faz necessário abordar assuntos de seu interesse, e no caso do portador de DCNT, em particular, os portadores de diabetes, oferecer conteúdos e práticas que estejam de acordo com as suas necessidades do momento (LOPES, ANJOS, PINHEIRO, 2009).

A compreensão dos sujeitos em relação às ações educativas ficou vinculada ao entendimento de educação em saúde, alguns participantes, entretanto, entendem ações educativas como o próprio cuidado prestado.

*Ações educativas seriam os próprios cuidados em si, a atuação nos cuidados, relacionados ao assunto (E9)*

*... ação educativa é estar sempre fornecendo essas informações, tanto para a equipe tanto para os pacientes (E3)*

*Ação educativa é quando você põe em prática, é uma atividade assim mais prática a meu ver, assim. Quando além da orientação assim, enfim da informação, você faz alguma prática associada àquela orientação. (E14)*

*Faz parte, eu acho que já é inerente a profissão, eu acho que desde o momento que você se torna um enfermeiro, que você está praticando essas ações (E15)*

*Ações educativas eu entendo como, o fazer daquele autocuidado. De colocar em prática, aquilo que ele deve estar sabendo, que ele deve conhecer sobre o seu tratamento (E18)*

Ações educativas ficam a cargo da parte prática onde os educandos irão adquirir as habilidades necessárias para o seu auto cuidado (SOUZA, TORRES, PINHEIRO et al, 2010). A educação em saúde leva a uma conscientização e ao entendimento da doença, sendo um instrumento de mudança na vida, proporcionando através das ações educativas a aquisição de habilidades necessárias, diante das diversas técnicas que terá que aprender para uma melhor convivência com o diabetes. Tal aprendizado é de extrema importância para esse cidadão mudar seu comportamento para obtenção de uma melhor qualidade de vida.

Percebe-se alguma confusão por parte de alguns participantes no sentido de quantas pessoas podem ser beneficiadas das ações educativas:

*[...] eu acho que ação educativa ela é mais em grupo. Já a educação em saúde, eu acho que é mais abrangente. Ação educativa seria uma forma de se fazer educação em saúde (E13).*

Neste momento a pesquisadora interage respondendo que a educação em saúde é um processo complexo onde saberes práticos são associados, buscando melhorar o nível de saúde da população ou do indivíduo, e as ações educativas são as partes práticas da educação e que podem ser realizadas tanto em grupo como individualmente, dentro da unidade de internação.

Outro ponto de confusão foi o fato de realizar as ações educativas e não ser especialista em diabetes, como o comentário de um participante:

*“é eu sempre coloco para observar aquele pé. Verificar como está o aspecto das unhas. Fazer a massagem de conforto... é deixar ver mais aqui, acho que só! Não estou lembrando, eu não sou especialista em diabetes não.” E7.*

Dialogando com o participante expusemos que a diabetes, hoje, atinge milhões de pessoas e está em ascensão no mundo, tornou-se uma epidemia e por isso os enfermeiros

mesmo no atendimento terciário devem inserir na sua prática diária a educação em saúde e as ações educativas para os pacientes diabéticos. Estes deverão ser abordados durante a internação, sem desconsiderar as referenciais e experiências do paciente.

Outra abordagem foi sobre ação educativa como parte integrante do cuidado de enfermagem e a sua importância no período de internação. Em suas falas, os enfermeiros revelam a importância do seu papel como educador também como essa ação é necessária para os pacientes:

*Faz parte do cuidado. Está dentro da nossa ação de enfermagem a questão da educação, da orientação e da prevenção (E2).*

*Ah! Sim! Fundamental, a gente faz isso todo o tempo. O enfermeiro é praticamente um professor (E4).*

*[...] Acho que é o fator principal, para a gente trazer o paciente para gente. Para ele conduzir o tratamento conosco [...] (E10)*

*Sim, é parte do cuidado sim! Fundamental! [...] (E11).*

*Em todos os ambientes do cuidado da enfermagem, eu acho que é impossível você dissociar da prática em si, dos cuidados de enfermagem (E14)*

O cuidado definitivamente faz parte da enfermagem, nenhuma profissão é mais cuidadora do que a enfermagem e nesse processo de cuidar a educação se faz presente (VITOR, LOPES, ARAUJO, 2010; BRASIL, 2014). Orem define o autocuidado como sendo o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Para ela todos possuem potenciais em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade. O autocuidado não deve ser entendido como sendo exclusivamente responsabilidade do paciente e de sua família, é também responsabilidade do profissional de saúde e da instituição de saúde. Dialogar com o paciente sobre as necessidades de cuidado em reação a sua condição crônica é de vital importância.

O ambiente hospitalar é um espaço importante para a realização de praticas educativa sobvárias perspectivas, tanto com relação ao paciente quanto a sua família. Em vários momentos há oportunidade de serem desenvolvidasações educativas com o intuito de promover o autocuidado (BORGES, PONTE, QUEIROZ et al, 2012).

As ações educativas favorecem a manutenção do cuidado ao longo da internação com vistas à execução desse cuidado no domicílio como diz os sujeitos:

*[...] porque você consegue conservar e manter um cuidado ao longo da internação, para que ele consiga atuar em casa. A fim de preservar e até melhorar a condição do próprio paciente. (E9)*

*[...] até porque ele seria como é que eu vou dizer um meio dele dar continuidade ao cuidado que foi prestado dentro da unidade hospitalar para o pós-hospitalar [...] (E11)*

A educação em saúde assim como as ações educativassão uma das atribuições do enfermeiro seja na atenção primária, secundária ou terciária como é o caso dos sujeitos deste estudo. Santos (2010) considera que a finalidade da educação em saúde é ensinar as pessoas a viverem da maneira mais saudável possível, e mostrar a responsabilidade de cada um na sua manutenção. Entretanto, o que muitas vezes pode parecer é que educação em saúde na área hospitalar é pouco praticada, pois o pensar biomédico ainda está muito mais visível que a educação (RIGON, 2011; BORGES,PONTE,QUEIROZ et al. 2012).

Ainda dentro da questão, algumas observações foram feitas em relação a importância desse cuidado:

*É importante que ele saiba o que está acontecendo, o que é que pode causar. [...] o que é que foi que causou então eu acho que tem que ser informado ao paciente(E3).*

*[...] Eu acho que é a estratégia primordial de cuidado do enfermeiro. Eu acho que quando você não trabalha fazendo uma educação em saúde, seja com aquele paciente ou com a família daquele paciente, você está fazendo o cuidado de uma forma muito mecânica [...] (E13).*

Desde o nascimento da enfermagem moderna na figura de Florence Nightingale, que o papel educativo do enfermeiro é considerado relevante (ZAGO, 1992). O enfermeiro como líder de uma equipe deve ser o multiplicador das ações educativas para sua equipe e para o paciente sob sua responsabilidade. A educação em saúde não é uma atividade exclusiva da enfermagem, ela permeia a atividade de outros profissionais, porém está presente nos processos de trabalho assistenciais e/ou em particular no trabalho da enfermagem (LEITE, PRADO, PERES, 2010).

Com o avanço de novas estratégias para a promoção, prevenção da saúde, cura e reabilitação, o papel do enfermeiro como educador passou do simples ato de orientar ou impor as informações que ele julgava importante para o favorecimento e a conscientização das pessoas na situação em que vivem e das consequências de suas escolhas para sua saúde. (ARAÚJO et al,2012).

#### **4.2.2 CATEGORIA 2 - AS AÇÕES EDUCATIVAS NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO**

Nesta categoria podemos destacar as ações educativas que os enfermeiros desenvolvem no seu cotidiano com os portadores de diabetes mellitus com ou sem lesão e os seus saberes. Alguns questionamentos foram levantados, ficando evidente a preocupação dos sujeitos em saber que conhecimentos esses pacientes ao internarem trazem sobre a sua doença e os cuidados realizados no domicílio.

*Durante orientação, eu procuro buscar o que ele já tem de conhecimento. Se ele sabe o que é o Diabetes, se ele sabe o que é que é essa doença [...] Ai em cima do conhecimento dele, a gente vai trabalhar o que ele não tem o que ele já tem e vamos juntar, [...] (E2).*

*O paciente diabético a gente vai observando também, o que ele já entende sobre a doença e quais os cuidados que ele já tem (E9).*

*Primeiro eu procuro saber se ele toma as medicações nos horários, como ele faz essa medicação, o tipo de alimentação que ele costuma ter (E3).*

*[...] Tentar identificar como é que ele faz o autocuidado dele. Ver como é a rotina dele quando ele não está na internação e nem em casa. (E14)*

*[...] primeiro querendo saber um pouco do que o paciente, se ele tem algum conhecimento. O que é que o paciente já realiza em casa, o que é que ele já conhece. Para daí conseguir, do que ele já sabe tentar passar mais alguma coisa para ele. (E17)*

*Então, quando eles chegam aqui, normalmente eles já sabem que são diabéticos, eu faço alguns questionamentos para saber como é que está esse controle do Diabetes dele. [...] fazer a prevenção do pé diabético. Ver questão renal e tudo,... (E7)*

Essa preocupação dos enfermeiros em saber sobre os conhecimentos que o paciente traz é importante para dar oportunidade de ele participando processo educativo e também para troca de saberes entre quem ensina e quem aprende, pois nós seres humanos somos inacabados como fala Paulo Freire e em todo decorrer da vida sempre aprendemos.

A inclusão do paciente diabético no processo educacional como sujeito ativo do seu tratamento não pode ser esquecido. Ele tem que ser motivado e envolvido nesse processo para que ele possa decidir com maior clareza sobre as mudanças do estilo de vida que terá que fazer. Quando o paciente percebe que o seu saber não foi ignorado, mas transformado em um saber que tem conteúdo científico atrelado a ele, o paciente se sentirá valorizado, além de criar um vínculo com o profissional participante desse processo dando maior abertura para a realização do seu trabalho. Esse paciente terá que aprender a aprender conteúdos sobre a doença para ajudar na tomada de decisão diante de algum obstáculo no percurso da vida e aprender a fazer muitas habilidades que são importantes para o seu permanecer saudável (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009; COUTO et al, 2013, SOUSA et al, 2010).

A educação é uma ferramenta que dará sustentação para essa mudança, deve ser uma atividade dinâmica e ativa que o torna capaz de melhorar habilidades, tomar decisões que irão melhorar a sua qualidade de vida. Dentre os objetivos da educação ao paciente diabético

incluem melhora dos resultados clínicos e com isso prevenção das complicações, redução do número de internações, e melhora do autodomínio em relação a sua doença. Educar um diabético é um investimento benéfico para ele, equipe de saúde e instituição a qual ele pertence (SILVA, 2004; DIRETRIZES DA SBD 2013-2014).

A educação em saúde é parte integrante do processo de cuidar e constitui instrumento para a promoção da qualidade de vida dos pacientes e família articulando saberes do senso comum e saberes técnicos científicos, preparando esse paciente hospitalizado para sua autonomia e a independência. O profissional de saúde tem que compreender a educação como um processo social, histórico e que acontece ao longo da vida, processos estes que vão permear as práticas de saúde institucionalizadas ou não, devendo considerar as especificidade dos diferentes grupos sociais, dos distintos processos de vida, trabalho e adoecimento e colocar-se de forma ética e humanizada na relação educativa, buscando a troca de saberes e prática (SANTOS, 2010).

Outro questionamento feito pela pesquisadora foi em relação à avaliação do pé do portador de diabetes na admissão e/ou durante a internação. Pelo relato de alguns dos sujeitos podemos perceber, primeiro que no momento da admissão essa avaliação quase não ocorre em sua totalidade por algumas situações referida pelos participantes.

*...Agora examinar ele por completo, nem sempre dá tempo, não pelo menos, não na admissão [...] (E3).*

*Eu acho que, na admissão, com certeza a gente tem que reparar todo o corpo, fazendo toda uma anamnese ali do corpo. Apesar daqui, a gente ter um setor que não dá muito para fazer essa anamnese (E6).*

*... mais frequentemente, durante a internação, porque na maioria das vezes, as admissões a gente recebe, nos momentos de passagem de plantão, que é quando fatalmente acontece a maioria das intercorrências aqui... (E14).”*

Segundo percebemos que durante a avaliação dos pés o olhar dos enfermeiros estão condicionados a presença de lesão, como podemos observar nas falas abaixo:

*...se ele internar por causa de outro motivo que não seja uma infecção de pé, eu geralmente não olho (E4).*

*Mas a avaliação completa do pé diabético, a gente não faz não. De verificar sensibilidade, de verificar a sensibilidade tátil e dolorosa, isso a gente não faz, entendeu [...] na admissão, eu faço uma inspeção mais superficial (E13)*

*[...] quando vem um paciente de outro hospital ou de domicílio, a gente observa que tipo de lesão. Se já tem algum tempo, qual o cuidado que ele está fazendo, se está melhorando aquele cuidado que ele está aplicando no momento... (E10)*

*Assim, sem estar com lesão, a gente não atenta, a gente só atenta para o Diabetes [...] (E2).*

*Sim, eu olho! Olho se já tem alguma, que a gente, que eles chamam de frieira, a presença de algum fungo. (E18).*

*É eu vejo assim, eu dou uma observada geral, se tem alguma lesão ou se ele tem tendência a ter ferida no pé. (E12)*

*Na admissão, geralmente eu não tenho essa preocupação, assim na hora da admissão. Só se for alguma queixa dele, tipo assim, na hora da admissão, (E17)*

Quando se avalia os pés do paciente diabético no ato da admissão ou durante a internação, o enfermeiro deve estar atento a alguns pontos tais como tipo de calçado que ele está usando, onicomicose nas unhas e o seu corte, presença de intertrigo e/ou pé de atleta entre os dedos dos pés, presença de pulsos periféricos (pedioso e tibial posterior) e pelos nos dedos, temperatura das extremidades, presença também de lesão ou deformidade, calos, rachadura e se acrescentarmos a essa avaliação um exame com monofilamento, diapasão e martelo de reflexo. Podemos identificar os riscos a que esses pés estão expostos em relação à formação de lesões, além disso, pode ocorrer que durante essa avaliação o paciente já interne com uma amputação de um dedo ou dois. Já poderíamos classificar este pé com alto risco para lesão.

O Consenso Internacional sobre pé Diabético menciona cinco pontos básicos, já citados anteriormente, para prevenção de lesão nos pés dos pacientes portadores de diabetes dentre eles destacamos: a inspeção regular dos pés, exame dos pés e calçados, identificação do pé em risco que envolve a história do paciente e do exame clínico desse pé. Essa identificação do pé em risco antecede a descoberta de lesão, por isso os fatores de risco têm que ser identificados para se planejar a prevenção. Portanto é importante buscar deformidades, calos, presença de pulsos pediosos e tibiais anterior, claudicação intermitentes, tipos de unhas, onicomicoses, tipos de calçados, rachaduras, ressecamento entre outros fatores.

Questionados sobre quais pontos são avaliados seja na admissão ou durante a internação os enfermeiros colocam a integridade da pele, a presença de lesões, o corte das unhas, a avaliação da parestesia pela queixa do paciente, ressecamento da pele e presença de calos, o tipo de calçado, a observação do pulso é relatado por poucos como se observa nos depoimentos a seguir:

*A gente olha entre os dedos, formato de unha, corte de unha, tipo de calçado que o paciente utiliza (E9).*

*É eu observo a questão da parestesia, se ele sente o pé. A questão das unhas, como é que estão os cortes das unhas, sujeira (E7).*

*... Avalio se tem alguma ferida, se tem o pé muito ressecado, entendeu! Se tem calosidade, a questão da unha (E13).*

*...Primeiro eu olho se tem sinais de cianose, se tem calosidade. Depois eu avalio se tem pulso pedioso, se tem alguma ferida. (E8).*

*Bem o que eu acabo observando no geral, não específico de um pé diabético,... Setem alguma calosidade, se tem alguma deformação, se já tem alguma ferida, alguma frieira. A gente olha entre os dedos, mas não te digo que isso é específico do pé diabético, sempre como um todo. (E4)*

Entretanto, as avaliações referidas nas falas acima não contemplam alguns pontos que são importantes na avaliação dos pés, como por exemplo, deformidades, tipo dedos em garra ou martelo, temperatura dos pés, presença de pelos e rachaduras, unhas com onicomicoses, e

dos dezoito participantes apenas um relata a avaliação da presença de pulso periférico. O relato dos sujeitos do estudo retrata a realidade no que esta relacionado a não realização de forma sistemática das avaliações dos pés dos pacientes diabéticos portadores ou não de lesões que internamos diversos setores do hospital, nas diretrizes da SBD 2013/2014 eles apontam que recentes dados mostraram que apenas 58% de uma amostra multicêntrica no Brasil tiveram registro de avaliação dos pés.

Estudos como de Andrade, Mendes e Faria et al (2010) concluíram que apesar da maioria dos sujeitos do estudo não terem historia de úlcera eles nunca haviam realizado o exame diário nos pés, nem pelos profissionais, desde que receberam o diagnóstico de diabetes. Outro estudo realizado por Santos, Silva, Silva et al (2008) compararam o atendimento das Unidades Básicas de Saúde do Recife com as amputações realizadas num hospital universitário no ano de 2006 em relação ao exame do pé e orientações sobre cuidados preventivos, as autoras, puderam observar que um percentual muito alto em torno de 78 % da população do estudo que informaram não ter sido realizado o exame nos pés e nem ter recebido orientações quanto aos cuidados com os mesmos no ano anterior ao do estudo foram submetido a algum tipo de amputação.

Durante as entrevistas foi reforçada a importância da avaliação do pé do paciente diabético que poderá levar o examinador a identificar um pé em risco e direcioná-lo a uma tomada de decisão em relação aos cuidados a serem implementados, como por exemplo, manter os calcêneos fora da pressão de um paciente que está acamado e os encaminhamentos que poderão ser realizados durante a internação.

Sobre quais ações educativas são abordadas com os pacientes diabéticos internados após a avaliação dos pés, os participantes responderam que com mais frequência questionavam sobre o cuidado com as unhas, secar bem entre os dedos dos pés, tomar cuidado com o sapato, higiene como nas falas:

*Secar bem entre os dedos, porque pode dessa falta de cuidado, abrir uma lesão (E12).*

*É... eu sempre coloco para observar aquele pé. Verificar como está o aspecto das unhas. (E7).*

*Para ele tomar cuidado, primeira coisa, com o sapato. Manter unhas bem cuidadas, não cortar muito, evitar cortar muito curta para não fazer*

*feridas. Evitar traumas ter cuidado com a hidratação do pé, essas coisas. (E4).*

*A outra forma também que eu oriento muito, é com relação ao cuidado com os pés deles. Por que muita das vezes, eles vem com sandalinha havaiana, com os pés bastante ressecados (E13).*

*... em relação ao cuidado com as unhas, principalmente as unhas dos pés. Ao secar bem os dedos, entre os dedos, os cuidados assim, que a gente considera bem valioso. (E9)*

*... são as orientações de higiene, na hora da higiene. De lavar os pés com cuidado, da observação dos pés, de secar entre os dedos. (E17)*

*...orientar sobre o uso de meias, não andar descalço,também a questão do corte das unhas, esses pontos assim que a gente costuma reforçar (E11).*

*...orientar a secar entre os dedos após o banho. (E8)*

*... eu costumo fazer orientações sobre o calçado mais adequado, que seja confortável, que seja mais fechado um pouquinho. Sobre a hidratação dos pés (E13).*

*... eu falo só em termos de unha, o cuidado de cortar a unha. O cuidado de não machucar esse pé ou essa perna ou esses dedos. E mesmo, só o cuidado para não vir a acontecer. Mas se ele tiver uma ferida, eu ensino como realizar aquele curativo. (E6)*

Outras orientações também são abordadas pelos participantes tais como:

*Eu tento esclarecer para os pacientes os riscos que ele pode desenvolver e os agravos da doença se ele não se cuidar. Se ele não tiver um cuidado*

*maior com a doença dele, se ele não souber controlar direito, se sair do controle dele... (E4)*

*Oriento mais específico o que acontece com ele durante a internação, relacionada com a sua patologia. Geralmente eles não internam pela Diabetes e sim por algum outro fator. E oriento o que essa internação interfere na Diabetes. Então os cuidados que ele deve ter a partir daí, por exemplo, uma pulsoterapia, aí eu oriento que essa glicemia pode aumentar essa questão, se ele tem uma ferida, a questão da cicatrização. Então sempre relacionando a Diabetes com a doença do momento. (E5)*

*Olha! Eu não sei se eu estou lembrando tudo, mas eu falei da alimentação, da atividade física, do uso adequado da insulina. (E18)*

*... quando a gente tem tempo aqui, a gente fala da questão da alimentação. Da questão das medicações, o que é que ele está tomando, se ele está tomando regularmente... (E7)*

*A gente conversa, [...] existe aquele papo, papo terapia. Mas a gente conversa bastante, para ele eliminar o açúcar, é a primeira coisa que a gente fala [...] Depois converso com o paciente, tipo: Evitar gorduras, o açúcar, evitar não, o açúcar quase que tem que tirar. Mas evitar gorduras, aí comer comidas suaves leves e mesmo fazer exercícios, dependendo de como está o paciente... (E6).*

Alguma das ações educativas relatadas. Observa-se que são realizadas de forma incompleta ou incorreta como nas falas abaixo:

*Evitar traumas, sempre tentar olhar para o chão ao andar descalço dentro de casa, ter cuidado com a hidratação do pé, essas coisas (E4);*

*Passar hidratante, emoliente na pele para evitar úlcera. (E12)*

*Ai dependendo da resposta, não eu já tive uma lesão no pé, demorou muito, mas fechou. Ai eu oriento, para evitar andar descalço, que quando ele sai do banho eles gostam de andar descalço (E12).*

Neste momento, interagindo com os participantes esclarecemos que para o paciente diabético, segundo o Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus (2013), diretrizes da SBD 2013-2014e o Consenso Internacional de Diabetes (2001), andar descalço é algo que ele não deve fazer principalmente se ele não tem sensibilidade nos pés, então não se orienta a andar descalço, nem dentro de casa. Essa orientação deve ser feita mesmo que o paciente nunca tenha tido lesão. E em relação a hidratação dos pés, devemos informar que não se passa hidratante entre os dedos dos pés explicando sempre o porque não fazer.

Pelas falas, observa-se que as abordagens educativas são implementadas de forma verbal, depositando as informações como acontecem no modelo bancário, sem demonstração e/ou explicação de alguns procedimentos, sem um instrumento escrito para leitura posterior e de forma descontinuada.

Freire (1997) adverte que as abordagens autoritárias são pouco produtivas, ferindo os preceitos da verdadeira e dialogicidade, por isso para que a conscientização aconteça não cabe mais o modelo vertical de educação, a forma bancária onde o educador deposita os seus conhecimentos, não levando em consideração o saber comum do paciente e nem a sua história de vida, crenças e seus valores, e nem se as informações passadas vão de encontro com suas necessidades no momento. Portanto, entendemos que cuidar associado ao educar permite a conversão e a diversificação do conhecimento de forma que eles possam ser construídos, desconstruídos e adaptados às necessidades de cada um (RIGON; NEVES, 2011).

Durante a abordagem com o paciente não se pode abrir mão da filosofia da educação em saúde libertadora/transformadora de Freire, em que, na relação educador/educando, não há quem sabe mais ou menos, o que existe são saberes diferentes que devem convergir para a reflexão, conscientização e liberdade de escolha do cidadão. Tanto o educador quanto o educando estão configurados em uma mesma linha de poder, onde ambos são possuidores de saberes distintos e os compartilha ao mesmo tempo em que o educador o ensina aprende e vice versa.

Sabemos que para os pacientes com doenças crônicas como é o diabetes a sua participação é de extrema importância, pois ele terá que mudar seu estilo de vida e para que a mudança ocorra com mais facilidade o sujeito deve ser envolvido nas suas questões de saúde,

levando-o a uma reflexão e como consequência uma mudança de atitude que nem sempre pode ser o que o profissional esperava, porém cabe ao educador respeitar a sua decisão (COUTO, MARINS, SANTO et al, 2013; FREIRE, 1989).

A participação dos pacientes e família nas ações educativas foi outra questão abordada. A participação do paciente no processo educativo é muito importante, essa atividade é dinâmica e ativa que capacita esse indivíduo a melhorar suas habilidades para o autocontrole e se tornar independente. O envolvimento da família também nesse cuidado foi levantado, visto que se trata de uma doença crônica e a família é peça importante. Ao questionar os sujeitos sobre a participação do paciente e família nessas ações educativas as respostas foram:

*Ah! Muito importante, para o paciente, para o familiar... é de suma importância você dar as orientações para a prevenção...” (E7).*

*... eu prefiro trocar, se a família estiver presente, é bom que olhe que visualize que participe.”(E2)*

*“eu permito a família, se estiver junto, o próprio paciente. Até porque eles que vão dar continuidade ao cuidado que eu prestei aqui dentro da unidade”(E11)*

*Eu prefiro que ele participe também. Tem que ser uma troca, eu busco dele e eu retorno para ele. Eu quero saber o que é que ele está entendendo, o que ele não entendeu. (E2)*

*Permito sim! Permito a participação, fazendo alguns questionamentos. Você faz a dieta para o diabético? Às vezes fala: Ah! Eu faço! Ai o familiar, eu permito que ele fale. Ah! Ele faz! Faz sim [...] Mas normalmente quando tem mais de um acompanhante, eu gosto desse diálogo de interação. (E7)*

*É fundamental que eles e a família participem tirando inclusive as dúvidas, até porque vem muitas dúvidas do diabético em relação à insulina, em relação à aplicação. E a família tem que estar junto do paciente sempre, toda a explicação dada com o familiar (E5).*

*Sim, sim! Acaba sendo uma troca de figurinhas, e ele acaba expondo às vezes até, atitudes e ações que às vezes a gente desconhece e acaba trocando informações e orientações... A grande maioria das famílias pelo que eu posso perceber participa, consegue interagir bem. E até às vezes tem mais cuidado que o próprio paciente (E9).*

Essa participação, portanto, também possibilita a aproximação entre paciente e enfermagem facilitando com isso um melhor entendimento do cuidado prestado e a menor ocorrência de erros como evidenciado nas falas a seguir:

*[...]Acho que é o fator principal, para a gente trazer o paciente para gente. “Para ele conduzir o tratamento conosco, não adianta passar a terapêutica e ele não entender porque é que tem que fazer” (E10).*

*[...] porque ele seria como é que eu vou dizer um meio dele dar continuidade ao cuidado que foi prestado dentro da unidade hospitalar para o pós-hospitalar. (E10).*

Abordamos também, como eram registradas as ações educativas ministradas pelos participantes aos pacientes, e constatou-se que o registro em prontuário eletrônico do cuidado educacional não acontece a não ser quando tem lesão, então é prescrito no plano de cuidados de como realizar o curativo e registrado no prontuário as características da lesão, como relatam os sujeitos abaixo

*...a gente sempre coloca a troca desse curativo todos os dias, dependendo até, duas vezes ao dia. (E1),*

*...quando a gente nota alguma alteração, alguma lesão, a gente colocasobre o cuidado de evitar molhar (E9).*

Um participante abordou outro motivo para que o registro fosse realizado. Quando existe a falta de esclarecimento ou tem diagnóstico recente de diabetes, como refere:

*A maioria das vezes não registro, mas se for uma coisa assim, que se o problema foi por falta de esclarecimento, se foi uma Diabetes recente, o paciente ainda não tinha conhecimento, geralmente eu registro isso,*

*para ficar registrado, de que ele agora, a partir desse momento, ele tem um conhecimento maior e que a partir desse conhecimento, ele tome mais cuidado para que não se repita. (E4)*

Dialogando com o participante informamos que mesmo que esteja registrado em prontuário as orientações fornecidas, a cerca da doença e alguns cuidados sobre a mesma não são garantias de que apartir desse momento, como menciona o participante E4, o paciente terá mais conhecimento e mais cuidado com a sua saúde. Isso porque educação é um processolento, gradual, e que para dizer que ele foi educado é necessário que ocorra uma mudança de comportamento e isso no período de internação é muito difícil de serobservado. Portanto não podemos dizer que o paciente está educado,o que podemos e devemos fazer é envolvê-lonas ações educativas para levá-lo a uma conscientização da sua atual situação de saúde. Ea partir dai fazê-lo refletir sobre sua condição einiciar um processo de mudança.

Aação educativa tem que ser registrada, pois mostra o que fazemos, contribuindo para o reconhecimento das atividades executadas pelo enfermeiro e também o ajuda nas pesquisas que forem realizadas em prontuário.

O registro é um instrumento que faz parte do processo de comunicação entreas equipes multidisciplinares e também a equipe de enfermagem permiteavaliar a assistência de enfermagem identificando pontos fracos que necessitam ser melhorados dentro do processo de trabalho, mas para isso os registros precisam ser valorizados e realizados com coerência e fidelidade as condições do paciente e aos cuidados prestados. (BORSATO et al,2011).

#### **4.2.3 CAPÍTULO 3 – OS FATORES INTERVENIENTES POSITIVOS E NEGATIVOS NA PRÁTICA EDUCATIVA DO ENFERMEIRO DURANTE A INTERNAÇÃO**

Os últimos questionamentos com os enfermeiros foram acerca dos fatores intervenientes na prática das ações educativas durante a internação, esses fatores foram divididos em positivos e negativos. As intervenções positivas foram diversificadas, o fato de o paciente estar internado foi foco de alguns sujeitos, pois com o tempo, muitas vezes, longo de internação se consegue abordar o paciente em vários momentos do dia e essa permanência mais longa aproxima oenfermeiro do paciente facilitando o diálogo entre eles.

*Que facilita, eu acho, que esse contato mais próximo que a gente tem, com o paciente e o familiar. (E10)*

*...que facilita a minha abordagem é que o doente ele está ali. Ele está a minha disposição, o horário que eu for lá, durante o dia, que é o horário que eu trabalho, ele vai estar ali. (E13)*

*...é quando você domina o assunto, tem um conhecimento, você fica sempre mais seguro de falar (E4).*

*Um instrumento que a gente pudesse ter um feedback isso facilitaria (E11).*

*Eu acho que é a questão da proximidade até que a gente tem aqui com os próprios pacientes facilita (E11).*

*Por que o que facilita, é assim, a boa ausculta, absorção do que você está passando para o cliente. O seu estudo, para poder estar falando com ele, dando as orientações corretas (E 7) .*

*Não vejo pontos que dificultem não! Eu acho que facilitam porque eles têm sempre boa aceitação. Eu não vejo!(E18)*

Como fator negativo os participantes relacionaram à falta de tempo, carga excessiva de trabalho, complexidade do estado de saúde dos pacientes atendidos, falta de pessoal, a burocracia como indicados nos depoimentos a seguir:

*[...] a gente tem uma quantidade muito grande de afazeres. E se tem muitos pacientes graves e têm poucos profissionais atuando, a gente vai deixando isso por último. Essa questão da orientação, a questão de discutir o plano terapêutico com o próprio paciente. Acho que isso vai ficando por último, tendo em vista as outras urgências que o setor trás para a gente, assim as demandas também. (E14)*

*O que para mim prejudica, é a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho, que a gente tem. Por que a gente não consegue dar uma atenção, como é*

*que eu vou dizer uma atenção de ponta para o paciente que ele precisa [...] (E7)*

*E o que dificulta às vezes é que tem muito paciente para um enfermeiro. Então não daria para fazer essa ação coletiva, fechar uma enfermaria para conversar sobre o assunto (E10).*

*...por ser um setor dinâmico, aqui é um setor muito conturbado, a gente tem pouco tempo (E13)*

Dialogando com os participantes explicamos que a dificuldade na execução de um determinado trabalho sempre vai existir, cabe a nós criarmos estratégias para superarmos e colocarmos em prática às ações educativas para melhoria da qualidade de vida dos pacientes sob nossa responsabilidade. Às vezes para a execução das ações educativas talvez não de forma coletiva, como foi abordado, mas de forma individual, seja mais fácil de executar. O importante é você criar uma estratégia para abordar ações educativas, enquanto o paciente está aqui internado. Pela experiência adquirida pela pesquisadora, no que diz respeito às múltiplas atividades que o enfermeiro desempenha dentro dos setores clínicos e cirúrgicos, que na grande maioria das vezes são muito complexas, fica difícil a prática educativa, como comenta o participante E 14, porém a educação como um cuidado é inerente do enfermeiro e deve estar presente na sua prática diária.

Apenas o participante E12 coloca não ter dificuldade com o pouco tempo, buscando dentro do seu horário de trabalho otimizá-lo:

*“Eu sempre tenho que ter um tempo, ainda mais para o paciente que está ali. Ainda mais para cuidar do paciente, eu sempre tenho que ter um tempo, espreme aqui, espreme ali, mas a gente encontra, é só querer”.*

Ainda como intervenções negativas foram citadas a falta de conhecimento para a orientação, a falta de educação continuada e de um instrumento guia ou protocolo.

É importante, uma enfermeira bem formada, pois vai saber orientar bem os pacientes e a equipe.

*Mas eu acho que podia ter um protocolo, que a gente pudesse registrar ali com mais clareza, o que foi feito [...] (E11)*

*...o que falta na verdade, seria uma educação continuada, para estar atendendo mais a gente sobre alguns cuidados que fazem a diferença. Isso eu acho que atribuiria mais a gente a valorizar certas coisas, que acabam passando despercebidas (E9).*

A educação em saúde não passa só pelo paciente e família, mas também pelo profissional, essa já é uma das estratégias para prevenção referida pelo grupo de trabalho internacional sobre pé diabético desde 2001. Nesse estudo o profissional em questão é o enfermeiro, que precisa ser preparado para executar com segurança esse cuidar/educar não só com o paciente, como também com a equipe que ele coordena. Visualiza-se a educação e o cuidado como atividades da enfermagem, não sendo possível dissociar, pois se cuida/educa-se e vice-versa. (FERRAZ, 2005).

A educação é uma atividade humana vital à existência e ao funcionamento de uma sociedade, portanto ela precisa cuidar da formação dos indivíduos, além de auxiliar no desenvolvimento da capacidade física, e espiritual e prepará-lo para sua participação ativa e transformadora dentro das várias instâncias da vida social. A vida em sociedade tem como exigência a educação dos indivíduos, é um processo que visa prover os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas que os tornam aptos a atuar em qualquer meio social. (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007)

Com a evolução do mundo ocorreu as modificações no perfil epidemiológico da população, a sociedade se transformou e novas tecnologias surgiram acarretando modificações do processo de trabalho em enfermagem. Como consequência desse movimento, o enfermeiro precisa garantir a continuidade e atualização na formação profissional, pois é fundamental que ele compartilhe diferentes conhecimentos com sua equipe e repense o modo de fazer o trabalho na enfermagem, para melhor assistir os pacientes sob sua responsabilidade. (SIMÕES; VANNUCHI; ROSSANEIS et al, 2013).

Atualmente, não basta 'saber' ou 'fazer', é preciso 'saber fazer', interagindo e intervindo na realidade vivenciada, se faz necessário, associar a teoria à prática. A educação permanente é lei desde 2004, ela surge como uma exigência na formação do indivíduo, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento, visa aprimorar o método educacional em saúde, tendo como objetivo a transformação do processo de trabalho com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado. (ALINE; ROSITA, 2008, PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

A educação permanente é ampla por basear-se na formação do indivíduo. Contida nessa educação temos a educação continuada e a em serviço que vem para complementar tal educação. A educação continuada pode ser conceituada como o conjunto de experiências adquiridas após a formação inicial, a qual permite que o trabalhador mantenha, aumente ou melhore sua competência profissional (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). A capacitação do profissional de enfermagem não pode ser exclusivamente de responsabilidade das instituições, o profissional tem que buscar ampliar seus conhecimentos, mas para isso ele precisa estar motivado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo nos permitiu tomar ciência de como estão ocorrendo às práticas educativas aos pacientes diabéticos internados nos setores de clínica médica e cirúrgica portadores ou não de pé diabético. A presente pesquisa foi desenvolvida nos moldes de uma pesquisa de campo, utilizando uma modalidade denominada Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A mesma nos oportunizou a vivência de uma pesquisa dinâmica que explora o pensar/fazer na prática e ao mesmo tempo intervém na pesquisa durante seu desenvolvimento.

Participaram do estudo 18 enfermeiros lotados nos setores mencionados anteriormente, sendo deste universo 94,44 % de mulheres. Confirmando sobre a área da Enfermagem que a força de trabalho ainda é em sua maioria composta por mulheres. E ainda, que este grupo se caracteriza por ser adulto jovem, 66,68 % tem faixa etária entre 20 a 40 anos. O grupo destacado também é novo em relação ao tempo de serviço na instituição, 72,23 % com até cinco anos de trabalho, destes 88% tem uma especialização e 11,12 % tem mestrado. Dado que demonstra que os profissionais estão sempre buscando ampliar seus conhecimentos, tal informação estimula o investimento em relação a oportunidades para a formação e conhecimento destes profissionais que desta forma estarão melhores preparados para assistir os pacientes diabéticos internados, principalmente, em relação à educação em saúde. No decorrer da pesquisa no contato com os participantes da prática, apesar de não ter ocorrido negociação do projeto de pesquisa com os mesmos, observou-se um envolvimento e entendimento dos mesmos com relação aos objetivos da pesquisa e sobre as questões levantadas.

Nesta modalidade de pesquisa observa-se também que existem duas lógicas, uma em relação à assistência pertencente à enfermeira/pesquisadora que por estar a muito tempo na prática tem uma inquietação e um desejo de resolução quase que imediato sem avaliação muito ampla da situação e o outro em relação à pesquisa propriamente dita que vai construindo através do estudo o conhecimento da situação vivenciada um resultado mais consistente embasado em evidências advindas da pesquisa, porém nenhuma destas lógicas invalida e nem descaracteriza a outra, mas o pesquisador tem que atender a lógica da pesquisa.

As ações educativas realizadas pelos enfermeiros ao paciente hospitalizado portador de pé diabético foi o objeto desse estudo, e a partir disso, foram traçados três objetivos, um deles foi identificar as ações educativas realizadas pelos enfermeiros aos pacientes diabéticos internados com ênfase no pé diabético. Nas respostas dos participantes identificamos como as principais ações: como secar entre os dedos dos pés, hidratação dos pés, cuidado com as

unhas, tomar cuidado com o sapato, higiene, outras ações citadas foram sobre o conhecimento da dieta, e da medicação. As respostas demonstram falta de clareza de como são executadas e também poucodomínio sobre os assuntos abordados, sendo inclusive este um dos pontos levantado por alguns dos participantes.

Outra questão em relação às ações educativas identificada no estudo faz parte das estratégias recomendadas pelo Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético que diz respeito a inspeção regular e exame dos pés e dos calçados. A anamnese e o exame físico dos pés fazem parte desta estratégia que deve ser realizada também pelo enfermeiro no momento da admissão ou pelo menos durante a internação. Tal avaliação auxilia na busca de um pé em risco para lesão e é muito importante, pois determina a implementação de ações educativas e preventivas, não só para o período de internação, como também para o pós alta. Entretanto, pelos relatos dos participantes essa avaliação só é valorizada quando já existe uma lesão nos pés. Segundo eles a carga de trabalho aumentada associada à falta de pessoal são fatores impeditivos da prática e pelas respostas também se percebe que não há um conhecimento pleno do que é avaliar.

Os motivos para a não realização da avaliação dos pés, informados anteriormente pelos participantes, responde a outro objetivo do estudo que foi os fatores que interferem de forma negativa e ou positiva na execução das ações educativas durante a internação. Pelas respostas os fatores que intervêm de forma negativa no dia a dia de trabalho tornando muito difícil a execução da função de educador do enfermeiro foram - falta de pessoal e o excesso de trabalho. Ainda teve a complexidade dos pacientes, a falta de tempo, a burocracia do serviço e a falta de conhecimento a ser abordado. Alguns participantes mesmo com as dificuldades citam que existem fatores que facilitam a educação, tais como: proximidade do doente, ou seja, por ele estar internado favorece um maior contato, como também o domínio do assunto a ser transmitido.

A dificuldade de realizar as ações educativas de forma mais consistente decorre da pouca informação sobre o tema pé diabético, assunto levantado pelos próprios participantes em vários momentos da coleta de dados. A necessidade de capacitar os profissionais dentro do seu ambiente de trabalho, além de partir do interesse do próprio profissional também passa pela instituição empregadora, o que preocupa é que o enfermeiro que atua na área hospitalar tem que ser capacitado para melhor assistir os pacientes com DCNT, no que se refere à educação em saúde, isso porque o Ministério da Saúde formulou um 'Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022' que tem como uma das estratégias a 'Educação em saúde'. No plano, os hospitais

são responsáveis por essa educação e não só as Unidades Básicas de Saúde. As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014 assentam que a estratégia de educação para diabéticos tem evidência “A”. Sendo a educação de adultos portadores de diabetes tipo 2 efetiva para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida avaliada em curto prazo e que para crianças e adolescentes com diabetes tem um benefício no controle glicêmico com efeitos mais significativos nos resultados psicossociais.

Durante as entrevistas e pelas respostas dos participantes, percebeu-se que eles reconhecem a importância do seu papel como educador e que apesar dos empecilhos relatados eles exercem na prática esse papel. Essa questão nos reporta ao terceiro objetivo da pesquisa que foi como se dão as ações educativas do enfermeiro ao paciente portador de pé diabético e sua família no âmbito hospitalar. Apesar de responderem que questionam os pacientes sobre seus conhecimentos prévios sobre o seu auto cuidado e sua doença, no momento da prática a educação se dá de forma prescritiva e verbal, depositando os conhecimentos como acontece no modelo bancário, sem levar em consideração o saber do outro, repassando as informações sem demonstração do procedimento, sem um instrumento escrito para leitura posterior e ainda de forma descontinuada em decorrência de fatores intervenientes negativos já relatados. Além do déficit de conhecimento implícito nas falas e até mesmo no relato dos participantes.

E ainda, pelas falas o sentimento de posse está presente quando eles relatam que “permitem” a participação do paciente e da família no processo educativo, sem haver a dialogicidade entre as partes.

Apesar das dificuldades relatadas para por em prática efetivamente a educação em saúde durante a internação, os profissionais se mostraram preocupados em dar uma assistência de qualidade, porém a função educativa do enfermeiro dentro do hospital durante o período de internação ainda não foi incorporada plenamente como sendo um cuidado tão importante quanto os cuidados biomédicos como mostram alguns estudos.

Contudo somos apenas profissionais que a partir do diálogo, com informações mais científicas podemos interagir com os pacientes e ajudar na conscientização da sua condição de saúde, dessa forma, possam se empoderar do conhecimento para melhoria da qualidade de sua vida, até porque no período da internação não há tempo suficiente para uma mudança de comportamento efetiva.

O diálogo que foi instituído entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa durante a coleta de dados oportunizou dar retorno imediato a algumas situações da assistência que surgiram durante a entrevista. E a partir das falas podemos perceber que isso proporcionou ao participante o início de uma reflexão sobre a sua prática. Surgiram sugestões, tais como:

capacitação dos profissionais para a temática do estudo e/ou a implantação de um procedimento operacional padrão (POP).

A partir das sugestões podemos propor o desenvolvimento de um programa de capacitação permanente para os enfermeiros e outros profissionais de saúde no serviço responsável pela Educação. E que a implantação seja online, devendo ter a participação do serviço de informática do hospital onde foi realizado o estudo. Sendo o instrumento de fácil manuseio para avaliação do péem risco do paciente diabético internado.

Esperamos que mais estudos sobre a temática ou outros temas correlacionados sejam desenvolvidos na instituição do estudo para assim fortalecer ainda mais o papel de educador da enfermagem, finalizando com a melhorada condição de vida dos usuários.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade **Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- AMARAL, Alice Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Eletro. de Enf.** Goiás, v.11, n.4, p.801-10, 2009.
- AUDI, Eduardo Godoi et al. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético :contribuições da enfermagem. **CogitareEnferm.** Paraná, v.16, n.2, p. 240-6, Abr/Jun. 2011.
- BACKES, Dirce; ERDMANN, Alacoque; SILVA, Maria da et al. A prática do ensinar e aprender administração em enfermagem com base na metodologia freireana. **Online Brazilian Journal of Nursing**, SC, v. 6, n.1.2007.
- BARDAN, Laurence. Análise de Conteúdo. 5.ed. Lisboa: Editora 70, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, DF: MS, 2013.
- BORGES, Maria Cristina Leite Araújo; PONTE, Keila Maria de Azevedo; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do enfermeiro. **R. Pesq.: cuid. fundam.** v.4, n.3, p.2592-97, jul./set. 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes, Saúde da Família,** Janeiro /2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: MS, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus. Brasília, DF: MS, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015. Brasília, DF: MS, 2011. 114 p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde em primeiro plano.** Edição nº 116, Brasília, 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_dezembro.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_dezembro.pdf). Acesso em: 10 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. n.16 Série A. Brasília. 2006**

BRASIL. Ministério da Saúde. Hiperdia – **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos** – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 483, de 1 de Abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União 2014; 2 abr.

CAIAFA, Jackson Silveira; CASTRO Aldemar Araujo; FIDELIS, Cícero et al. Atenção integral ao portador de Pé Diabético. **J Vasc Bras.** 2011, v. 10, n. 4, p.1-32, Suplemento 2.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Conselho Regional de Enfermagem. **Código de ética e legislação**. Edição 2013

COUTO, Ingrid Ramos Reis; MARINS, Daniele da Silva; SANTO, Fátima Helena do Espírito et al. Saber e prática: a educação em saúde como elo facilitador no processo de cuidar. **R. pesq.: cuid. fundam.** v.5,n.1,p.3485-92 jan./mar 2013

DAVIDSON, Mayer B. **Diabetes Mellitus**- Diagnóstico e tratamento. Tradução de Raymundo Martagão Gesteira. 4.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2013-2014. **Sociedade Brasileira de Diabetes**; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

FERRAZ, F; SILVA, LWS; SILVA, LAA et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev Bras Enferm.** v.58,n.5,p.607-10, set-out; 2005.

FOSTER, Peggy Coldwell; BENNETT, Agnes M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, Julia B. e col. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre. Artmed, 2000. Cap. 7.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Diretrizes práticas**: abordagem e prevenção do pé diabético. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

GUIMARÃES, Iza Manuella Aires Cotrim. **Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições**. 2009. 132 f Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; BORTOLETTO, MAIRA Sayuri Sakay; SILVA, Renata Santos. Amputação de membros inferiores de portadores de Diabetes Mellitus: análise dos custos da internação em hospital público. **Cienc. Cuid. Saúde**. Paraná, v.1, n. 9, p.107-113, Jan/Mar. 2010.

LEITE, Maria Madalena Januário; PRADO, Cláudia; PERES, Heloisa Helena Ciqueto. **Educação em Saúde**: desafios para a prática inovadora. São Caetano do Sul, Ed.Difusora. 2010.

LOPES, Emeline Moura; ANJOS, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. enferm. UERJ, RJ**. v.17, n.2, p.273-7. abr/jun, 2009.

LOPES, Cícero. Fidélis. **Projeto de Assistência ao pé do paciente portador de Diabetes Mellitus**. **Rev. Vasc. Br.** Salvador, v.2, nº 1, p-79-82. 2003.

LUCAS, Lúcia Percília Pereira, BARICHELLO, Elizabeth, ZUFFI, Fernanda Bonato, et al. A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n.3, p.535-38. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12,n3a17.htm>. Acesso em: 20 nov 2013.

MAIA, Ticiane Fernandes; SILVA, Lúcia de Fátima. O pé diabético de clientes e seu autocuidado: a enfermagem na Educação em Saúde. Esc. **Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.95-102, abr. 2005.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo. Conceito, classificação e diagnóstico do Diabetes Mellitus. In OLIVEIRA, José Egídio Paulo, MILECH, Adolpho. **Diabetes Mellitus**: clínica, diagnóstico tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004. p.7-18.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo, MILECH, Adolpho. Diabetes: Passado, Presente e Futuro. In: ----- (Org.). **Diabetes Mellitus**: Clínica Diagnóstico e Tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004. p.1-6.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; VENCIO, Sérgio. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes, São Paulo: SBD, 2014.

PASCHOALI, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**. v.41, n.3, p.478-84. 2007.

REZENDE, Karla F.; NUNES, Marco A. P.; MELO, Naira H. et al. Internações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo. v.52, n.3, p.523-530. 2008.

RIGON, Angelita Gastaldo; NEVES, Eliane Tastch. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.4, p.812-17, Out-Dez. 2011.

RODRIGUES, Paula. Atlas Mundial do Diabetes. **Diabetes a revista da SBD**, São Paulo. v.20, n.2, p.12-3, mar. 2013.

SANTOS, Florinda Goreti. **Educação em Saúde**: o papel do enfermeiro como educador. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/44521/1/Educacao-em-Saude-O-Papel-do-Enfermeiro-Educador/pagina1.html>>. Acesso em: 28ago 2011.

SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira; BEZERRA, Gleice Cardozo; SOUZA, Claudiana Leite de et al. Pé diabético: apresentação clínica e relação com o atendimento na atenção básica. **Rev Rene**. Fortaleza, v.12, n. 2, p. 393-400, abr/jun.2011.

SANTOS I.C.R.; SILVA, A.C.F.B; SILVA, A.P. et al. Condutas preventivas na atenção básica e amputação de membros inferiores em portadores de pé diabético. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.9, n.4, p.40-48, out./dez. 2008.

SILVA, Mariangelica Oliveira. Plano educativo. In: OLIVEIRA, José Egídio Paulo, MILECH, Adolpho. **Diabetes Mellitus**: clínica, diagnóstico tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004. p.67-76.

SIMÕES, Thayane Roberto; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; ROSSANEIS, Mariana Ângela. et al. Educação continuada: concepção de enfermeiros em hospital filantrópico de alta complexidade **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, esp.1, p.642-7. dez; 2013.

SOUZA, Leilane Barbosa de; TORRES, Cibele Almeida; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem, **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.55-60. jan/mar; 2010.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flávia Aparecida; ARAÚJO Luciana Rabelo et al. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. de Enferm.** vol.62, n.6, Brasília Nov./Dec. 2009.

TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira. **Uma tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante no cuidado ao idoso: contribuições à clínica do cuidado de enfermagem**. 2008. 221f. Tese Doutorado Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2.ed. Florianópolis: Insular, 2004.144p.

VITOR, Allyne Fortes; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAÚJO, Thelma Leite de. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua Importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc Anna Nery**. 2010 jul-set; v.4, n.3. p.611-616.

ZAGO, Márcia Maria Fontão. O papel do enfermeiro hospitalar no ensino do paciente. **Rev.Esc. Enf.USP**, SP. dez. 1992. v.26, n. 3.p.359-364.

ZAGURY, Leão. A educação em diabetes no Brasil. **Diabetes a revista da SBD**. São Paulo. v.15, n.2, p. 18-20, mar.

## APÊNDICE A – GUIA PARA ENTREVISTA

### GUIA PARA ENTREVISTA

PESQUISA: O paciente portador de pé diabético: refletindo sobre as ações educativas do enfermeiro

Data da entrevista:\_\_\_\_\_ Local:\_\_\_\_\_ Início:\_\_\_\_\_ Término:\_\_\_\_\_

Codinome:

Identificação do Entrevistado:

Naturalidade:\_\_\_\_\_ faixa etária:\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Graduação ( ) ; Especialização ( ) ; Mestrado ( ) ; Doutorado ( )

Setor em que atua:\_\_\_\_\_ A quanto tempo:\_\_\_\_\_

Regime de trabalho: Diarista: manhã ( ) tarde ( ) Plantonista: Diurno ( ) Noturno ( )

### SOBRE A PESQUISA

Discussões com os enfermeiros, abordando o entendimento e conhecimentos do que são ações educativas em relação à educação de paciente diabético.

Você considera que a Ação Educativa faz parte do cuidado da Enfermeira durante a internação

Como você realiza as ações educativas durante a internação ao paciente diabético.

Quais ações educativas você prescreve e implementa para o paciente diabético durante a internação

Discussões dos saberes e práticas sobre ações educativas ao portador de pé diabético.

Que itens são avaliados nos pés do paciente diabético na admissão e/ou durante a internação.

Quais ações educativas são implementadas aos pacientes portador de pé diabético após avaliação dos pés.

Você permite que o paciente e família participem desse momento da educação? Como é essa participação.

Levantamento das dificuldades e facilidades em relação às ações educativas na internação e seu registro

Poderia me dizer quais os pontos que você considera que facilitam a sua abordagem educativa e registro das mesmas no setor em que atua.

Poderia me dizer quais os pontos que você considera que dificultam a sua abordagem educativa e registro das mesmas no setor em que atua.

Há algo mais que você gostaria de me falar, acrescentar a respeito da entrevista ou alguma dúvida ou sugestão.

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Título do projeto: “O PACIENTE PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO: REFLETINDO SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO.”

Você esta sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo: “O PACIENTE PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO: REFLETINDO SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO.” O estudo tem como objetivos a identificação das ações educativas realizadas pelo enfermeiro ao paciente diabético do tipo 2 internado, com ênfase no pé diabético, além disso saber quais as dificuldades e facilidades encontradas pelo profissional enfermeiro para realizar as ações educativas, e o terceiro objetivo é discutir se as ações educativas estão voltadas para a autonomia do paciente e sua família para o auto cuidado. A importância desta pesquisa é a de fazer com que esse paciente que procurou os serviços hospitalares seja sensibilizado a aderir ao tratamento e as medidas preventivas em relação aos pés, e ainda contribuir para que o enfermeiro possa orientar melhor esse paciente durante a sua internação por meio de ações educativas que contribuam para o seu auto cuidado após a alta. Esse estudo também ajudará a sensibilizar o enfermeiro que atua na área de internação para a importância da parte educacional aos pacientes diabéticos. A sua participação nessa pesquisa será: Num primeiro momento ser entrevistado pelo pesquisador, uma entrevista semiestruturada relacionado à temática abordada e posteriormente participar de um grupo de discussão de assuntos escolhidos por você com base na temática estudada e no resultado dos assuntos abordados na entrevista. Esses dois momentos serão gravados em arquivo digital. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto pelo responsável da pesquisa. A sua participação não terá nenhum incômodo, não trará nenhum risco à sua saúde física ou mental e nem será necessário nenhum tipo de assistência. Não tem nenhum benefício direto a não ser despertar você para o tema pesquisado. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a pesquisadora Ana Lucia Silva de Almeida que poderá ser encontrada através dos telefones: Res.: 3176-3466 , Cel.: 99961-6226 . Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão - Sala 01D-46/1º andar - pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br. É garantida a sua liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer forma de penalidade para sua pessoa. Essa pesquisa faz parte do curso de mestrado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro que terá duração de 2 anos (até

dezembro de 2014 ),estando na fase de aprovação pelo CEP.

#### CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a Sra. Ana Lucia Silva de Almeida sobre a minha decisão em participar desse 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, sem penalidades ou prejuízos. Eu receberei uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu -----  
--- e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na ultima folha.

\_\_\_\_\_  
Nome do Sujeito da Pesquisa

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Ana Lucia Silva de Almeida, Enfermeira COREN 20556

[Anaalmeida4@yahoo.com.br](mailto:Anaalmeida4@yahoo.com.br)

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador Responsável

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PACIENTE PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO: REFLETINDO SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO

**Pesquisador:** ANA LUCIA SILVA DE ALMEIDA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 28214314.5.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 649.007

**Data da Relatoria:** 27/05/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

Versão apresentada para apreciação de emenda que trata da indicação correta da coparticipante e dos documentos exigidos pelo CEP da mesma. Emenda aprovada pelo CEP UNIRIO.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Versão apresentada para apreciação de emenda que trata da indicação correta da coparticipante e dos documentos exigidos pelo CEP da mesma. Emenda aprovada pelo CEP UNIRIO.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Versão apresentada para apreciação de emenda que trata da indicação correta da coparticipante e dos documentos exigidos pelo CEP da mesma. Emenda aprovada pelo CEP UNIRIO.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Versão apresentada para apreciação de emenda que trata da indicação correta da coparticipante e dos documentos exigidos pelo CEP da mesma. Emenda aprovada pelo CEP UNIRIO.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Versão apresentada para apreciação de emenda que trata da indicação correta da coparticipante e dos documentos exigidos pelo CEP da mesma. Emenda aprovada pelo CEP UNIRIO.

#### **Recomendações:**

Versão apresentada para apreciação de emenda que trata da indicação correta da coparticipante e

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**UF:** RJ

**Telefone:** (21)2542-7796

**Município:** RIO DE JANEIRO

**CEP:** 22.290-240

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 649.007

dos documentos exigidos pelo CEP da mesma. Emenda aprovada pelo CEP UNIRIO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Versão apresentada para apreciação de emenda que trata da indicação correta da coparticipante e dos documentos exigidos pelo CEP da mesma. Emenda aprovada pelo CEP UNIRIO.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Emenda Aprovada.

RIO DE JANEIRO, 15 de Maio de 2014

---

Assinado por:  
Sônia Regina de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PACIENTE PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO: REFLETINDO SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO.

**Pesquisador:** ANA LUCIA SILVA DE ALMEIDA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 48956315.1.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.244.065

#### Apresentação do Projeto:

Protocolo reapresentado a este CEP após aprovação anterior por problemas de visualização e acompanhamento na plataforma pela co participante.

A diabetes mellitus integra um grupo de doenças crônico não transmissíveis , que é um grande desafio para os serviços de saúde de todo o mundo.

Esse estudo tem como objetivos: Identificar as ações educativas realizadas pelos enfermeiros ao cliente diabético com ênfase no pé

diabético;Relacionar os aspectos facilitadores e dificultadores para a execução da ação educativa, na perspectiva do enfermeiro assistencial;e

discutir as ações educativas do enfermeiro que estão voltadas para a autonomia do paciente e sua família relacionada ao autocuidado.Esse estudo

se justifica na medida em que o enfermeiro que atua a nível terciário da assistência tem a missão além de prestar cuidados especializados, fazer

com que esse paciente se sensibilize a aderir ao tratamento proposto e as medidas preventivas, e isso é possível através de ações educativas para

o auto cuidado, levando também a manter o controle glicêmico ideal e a prevenção de novas lesões e amputações. Trata-se de um estudo

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.244.065

descritivo, exploratório com abordagem qualitativo na modalidade de pesquisa convergente assistencial. Para análise do material coletado será aplicada a técnica de análise de conteúdo de Bardim. O estudo terá como benefício a sensibilização do enfermeiro no seu papel de educador dentro do âmbito hospitalar, assim como uma melhor orientação, de forma sistematizada para o auto cuidado durante a internação do paciente e a possibilidade de desenvolver programas em educação de fácil execução.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar as ações educativas realizadas pelos enfermeiros ao cliente diabético com ênfase no pé diabético.

**Objetivo Secundário:**

- Relacionar os aspectos facilitadores e dificultadores para a execução da ação educativa, na perspectiva do enfermeiro assistencial; - Discutir as ações educativas do enfermeiro que estão voltadas para a autonomia do paciente e sua família relacionada ao autocuidado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora pontual que não há riscos, toda a pesquisa com seres humanos apresenta riscos, mesmo que mínimos, portanto a pesquisadora necessita refazer esse item.

Benefícios: Através das ações educativas ministradas pelo enfermeiro despertar o interesse do paciente hospitalizado e seus familiares para o auto cuidado mantendo com isso o controle glicêmico ideal, já que este é um dos fatores primordiais que pode evitar complicações, a prevenção de novas lesões e o cuidado com as lesões já existentes, e também eliminando ou diminuindo o risco de amputação ou reamputações de membros inferiores

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De relevância científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Autorizações adequadas

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio08@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.244.065

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com as recomendações

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.doc	14/08/2015 12:00:08		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARAÇÃO DA COPARTICIPANTE.pdf	14/08/2015 12:00:31		Aceito
Outros	CARTA DE APRESENTAÇÃO SEM ASSINATURA.doc	14/08/2015 12:00:52		Aceito
Outros	CARTA DE APRESENTAÇÃO.pdf	14/08/2015 12:01:11		Aceito
Outros	LISTA DOS DOCUMENTOS ANEXADOS.doc	14/08/2015 12:01:58		Aceito
Outros	endereço de currículo lattes.doc	14/08/2015 12:02:15		Aceito
Outros	GUIA PARA ENTREVISTA 2013-2014.doc.docx	14/08/2015 12:02:42		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	14/08/2015 11:59:53		Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_571193.pdf	14/08/2015 12:04:05		Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_649007_E1.pdf	14/08/2015 12:04:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DE PESQUISA DO MESTRADO.docx	14/08/2015 12:12:18		Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.244.065

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_541300.pdf	03/09/2015 08:49:08		Aceito
--------------------------------	--	------------------------	--	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Setembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Sônia Regina de Souza**  
(Coordenador)

## ANEXO C –PARECER DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CLEMENTINO FRAGA FILHO  
(HUCFF/ UFRJ)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PACIENTE PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO: REFLETINDO SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO.

**Pesquisador:** ANA LUCIA SILVA DE ALMEIDA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 48956315.1.3001.5257

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.274.847

#### Apresentação do Projeto:

Protocolo 256-15, do grupo III, recebido em 25.9.2015. O HUCFF é coparticipante. O protocolo foi aprovado pelo Cep da UNIRIO, com o parecer n. 1.171.770, postado em 06/08/2015.

#### Objetivo da Pesquisa:

O protocolo foi aprovado pelo Cep da UNIRIO, com o parecer n. 1.171.770, postado em 06/08/2015.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O protocolo foi aprovado pelo Cep da UNIRIO, com o parecer n. 1.171.770, postado em 06/08/2015.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo foi aprovado pelo Cep da UNIRIO, com o parecer n. 1.171.770, postado em 06/08/2015.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os documentos pertinentes ao nosso centro.

#### Recomendações:

Nenhuma

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CLEMENTINO FRAGA FILHO  
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.274.847

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos.
2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_541300.pdf	03/09/2015 08:49:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DE PESQUISA DO MESTRADO.docx	14/08/2015 12:12:18		Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_649007_E1.pdf	14/08/2015 12:04:44		Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_571193.pdf	14/08/2015 12:04:05		Aceito
Outros	GUIA PARA ENTREVISTA 2013-2014.doc.docx	14/08/2015 12:02:42		Aceito
Outros	endereço de currículo lattes.doc	14/08/2015 12:02:15		Aceito
Outros	LISTA DOS DOCUMENTOS ANEXADOS.doc	14/08/2015 12:01:58		Aceito
Outros	CARTA DE APRESENTAÇÃO.pdf	14/08/2015 12:01:11		Aceito
Outros	CARTA DE APRESENTAÇÃO SEM ASSINATURA.doc	14/08/2015 12:00:52		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARAÇÃO DA COPARTICIPANTE.pdf	14/08/2015 12:00:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.doc	14/08/2015 12:00:08		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	14/08/2015 11:59:53		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CLEMENTINO FRAGA FILHO  
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.274.847

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Outubro de 2015

---

**Assinado por:**  
Carlos Alberto Guimarães  
(Coordenador)

## ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

### TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Ana Lucia Silva de Almeida, portador (a) do RG nº 3.445.819-0, mestrando(a) pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Hospital Universitário Clementino Fraga Filho-UFRJ, a realizar a pesquisa sob o título de: “ **O PACIENTE PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO: REFLETINDO SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO**”. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento acerca da assistência prestada pelos profissionais que atuam na instituição do referido estudo.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2014.

*Ana Lucia Silva de Almeida*

Pesquisador (a)

*Jk acordo.  
27/2/14.*

Maria Cecília de Bosa  
Diretora de DEN  
CORREIO ELETRÔNICO  
SIABE: 00347875

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
Avenida Pasteur, 296 - Urca - Rio de Janeiro - RJ - Cep: 22290-240.  
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com