

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

CECILIA ARRUDA

**MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADAS**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

CECILIA ARRUDA

**MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADAS**

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina– Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

**FLORIANÓPOLIS
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Arruda, Cecília

Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas / Cecília Arruda ; orientador, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva - Florianópolis, SC, 2016.

372 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Modelo de Cuidado de Enfermagem. 4. Diabetes Mellitus. 5. Hospitalização. I. Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

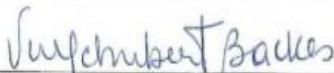
CECILIA ARRUDA

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADAS

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

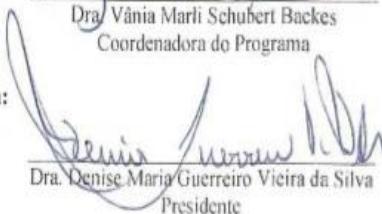
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 25 de fevereiro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



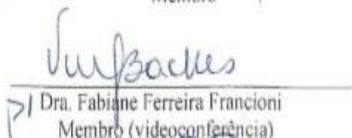
Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Presidente



Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Membro



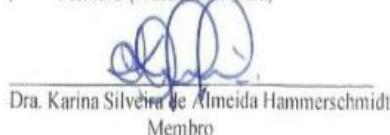
Dra. Sabrina da Silva de Souza
Membro



Dra. Fabiane Ferreira Francioni
Membro (videoconferência)



Dra. Patricia Kuerten Rocha
Membro



Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
Membro



Dra. Silvia Maria de Azevedo dos Santos
Membro Suplente

Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todas as pessoas com as quais pude compartilhar as alegrias e desafios ao longo dessa jornada. Minha gratidão e respeito...

Aos **meus pais e a todos os familiares**, aos que estão pertinho e aos que estão distante, por torcerem sempre por mim e ficarem felizes com minhas conquistas. Amo muito vocês.

Ao **Marcelo**, meu amor, meu melhor amigo, por segurar minha mão, erguer a minha cabeça e encher o meu coração de coragem e alegria TODOS os dias das nossas vidas.

À minha eterna orientadora-mãe, **Denise**, um grande exemplo de mulher, mãe, profissional, amiga. Obrigada por me deixar ser sua orientanda desde sempre, por estar ao meu lado na Graduação, no Mestrado e agora concretizando o Doutorado em Enfermagem. Obrigada por motivar minha vida pessoal e profissional. Obrigada pela amizade, carinho e preocupação. Obrigada pelas conversas e conselhos que levarei para a vida toda. “Mil obrigados” seria pouco para expressar a gratidão que sinto por você fazer parte da minha trajetória. Um abraço bem apertado, com carinho.

Às **minhas amigas, Ana, Bel, Mari, Berê e Talini** pelas conversas incansáveis, risadas, lágrimas, abraços fortes e silêncios confortantes. Vocês são muito importantes na minha vida!

À **minha amiga Miche**, colega querida que me acompanhou ao longo de todo o percurso do Doutorado e, inclusive, “me levou” para o estágio doutoral nos Estados Unidos! Obrigada pela cumplicidade, por compartilhar as saudades de casa, desafios, incertezas, superações e alegrias ao explorar um novo mundo. Obrigada também por me emprestar sua família por alguns dias... todos vocês são especiais!

Às **Diretoras de Enfermagem e aos colegas de trabalho da Clínica Médica 1 do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**, minha segunda família e minha segunda casa. Todos os dias eu aprendo muito com vocês. Obrigada!

Às enfermeiras **participantes da pesquisa**, pela disponibilidade e atenção, ajudando-me a construir a pesquisa. Espero poder retribuir com o aprimoramento dos cuidados de enfermagem e visibilidade à nossa profissão.

Aos **colegas do NUCRON**, pelos momentos de aprendizado e de reflexão, e pela parceria na realização de atividades científicas. Queridas **Miche, Soraia e Júlia**... agradeço a convivência e os cafés que tornaram essa caminhada mais leve e descontraída.

Aos **professores, funcionários e coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC**, pelos ensinamentos, convivência e auxílio no processo de formação.

Aos **membros da Banca Examinadora**, pelos conhecimentos compartilhados, atenção e disposição em aperfeiçoar o trabalho acadêmico desenvolvido.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (CAPES/PDSE)**, pelo apoio científico e financeiro diante da oportunidade de realização do Doutorado Sanduíche, e ainda, por incentivar a pesquisa científica em enfermagem no Brasil.

Aos amigos **José Luiz e Aline** por incentivar, intermediar e facilitar o processo de solicitação e desenvolvimento do estágio doutoral no exterior, na *Kent State University*, Ohio, Estados Unidos. Obrigada!

Aos **docentes e funcionários do College of Nursing da Kent State University/Kent/Ohio**, onde realizei o Doutorado Sanduíche, e especialmente a minha querida e brilhante co-orientadora **Dra. Mary Anthony**, por me acolher de forma tão carinhosa e transformar meus medos e desafios em momentos de construção de conhecimentos, descontração e superação. Sentirei saudades das nossas conversas!

Às pessoas que conheci em Kent/Ohio e que fizeram os dias cinza mais coloridos, especialmente à **Karen e Wayne**, minha *hostfamily*, e amiga **Laudelina**, a brasileira mais americana que já conheci! Obrigada pelo acolhimento e carinho. Que Deus abençoe muito vocês!

A **Deus**, por dar-me forças, iluminar os meus pensamentos e colocar tantos anjos no meu caminho.

*“Bom mesmo é ir à luta com determinação,
abraçar a vida com paixão, perder com
classe e vencer com ousadia, porque o
mundo pertence a quem se atreve e a vida é
‘muito bela’ para ser insignificante”*
(Augusto Branco).

ARRUDA, Cecilia. **Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2016. 372p.

RESUMO

O estudo objetivou desenvolver um Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com diabetes mellitus (DM) hospitalizadas. Modelos de Cuidado de Enfermagem são estruturas/instrumentos formados por um marco conceitual e uma metodologia de cuidado que orientam o cuidado de enfermagem a populações em cenários específicos. O referencial teórico é constituído pelos conceitos: ser humano/pessoa; processo saúde/doença; condição crônica; promoção da saúde; cuidado em saúde, abordando interdisciplinaridade, integralidade e humanização; cuidado em enfermagem, composto pelas dimensões clínica, educativa e gerencial; cuidado centrado na pessoa e na família; e pessoa com DM hospitalizada. O Modelo foi construído a partir de uma pesquisa metodológica, desenvolvida em quatro momentos. **Primeiro momento)** Definições conceituais, utilizando os conceitos provenientes do referencial teórico, configurando-os como Subsídios Teóricos. **Segundo momento)** Definição de quatro fontes de informações, denominadas de Subsídios-base: a) Revisão de Literatura e Diretrizes; b) Perfil das pessoas com DM hospitalizadas; c) Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização; d) Percepção dos enfermeiros sobre o cuidado às pessoas com DM hospitalizadas, buscando levantar subsídios científicos e contextuais-empíricos. **Terceiro momento)** Cada Subsídio-base passou por duas etapas: coleta de dados e análise de conteúdo convencional dos dados, seguida de análise dirigida. **Quarto momento)** Integração dos Subsídios Teóricos, Científicos e Contextuais-empíricos, formando uma base teórica, seguida de interpretação e reflexão para a criação de uma Base Operacional. Como resultado deste trabalho, apresentamos o “Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas” e sua representação gráfica. O objetivo do Modelo é orientar o cuidado de enfermagem às pessoas com DM de forma integral, interdisciplinar e humanizada, valorizando o cuidado centrado na pessoa com DM e em sua família e visando a promover saúde no ambiente hospitalar. Estruturalmente, o Modelo possui a Base Teórica composta por Subsídios Teóricos, Científicos e Contextuais-empíricos e a Base Operacional organizada nas dimensões do cuidado de

enfermagem (Clínica, Educativa e Gerencial) e orientada por princípios gerais. Cada dimensão possui princípios específicos e elementos para o cuidado de enfermagem, totalizando 28 elementos. Cada elemento possui a definição de seu significado e a descrição de sua operacionalização, seguindo o processo: conhecendo; definindo problemas; agindo; e avaliando. Os resultados estão apresentados em três artigos: o primeiro discute a hospitalização como um espaço de educação em saúde para as pessoas com DM; o segundo aborda o percurso metodológico para a construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem pautado na pesquisa metodológica; o terceiro apresenta a versão concisa do Modelo. Consideramos a hospitalização um momento propício para a promoção e educação em saúde às pessoas com DM, em que o enfermeiro deve assumir o papel de articulador de ações promotoras de saúde. O Modelo desenvolvido apresenta a cronicidade a partir de uma perspectiva ampliada de ações que vão para além dos cuidados às alterações clínicas, articulando concepções de interdisciplinaridade, integralidade e humanização, abrindo espaço para a promoção da saúde e para o cuidado focalizado na pessoa e na família e visando, assim, à superação das limitações que fragmentam a assistência às pessoas com DM nos ambientes hospitalares.

Palavras-chave: Enfermagem. Modelo de Cuidado. Modelo de Cuidado de Enfermagem. Diabetes Mellitus. Hospitalização.

ARRUDA, Cecilia. **Nursing Care Model for in patients with diabetes mellitus**. PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis, Brazil, 2016. 372p.

ABSTRACT

The study aimed to develop a nursing care model for hospitalized people with diabetes mellitus (DM). Nursing care models are structures / instruments which consist of a conceptual framework and a careful methodology to guide nursing care to populations in specific scenarios. The theoretical framework consists of the concepts: Human / person; Health-disease process; Chronic condition; Health promotion; Addressing Interdisciplinary health care, Completeness and Humanization; Nursing care consists of the Dimensions Clinic, Education and Management; Care centered on the person and family with hospitalized diabetes. The model was constructed from a methodological research, developed in four stages: First stage) conceptual definitions, using the concepts from the theoretical framework, setting them to Theoretical subsidies; Second stage) setting four sources of information, called Grants base: 1) Review Literature and Guidelines; 2) Profile of hospitalized people with DM; 3) Perception of people with chronic diseases about hospitalization; 4) Perception of nurses about the care of hospitalized people with DM, seeking to raise Scientific Grants and Contextual-empirical; Third stage) each grant-base has gone through two stages: data collection and analysis of conventional content of the data, followed by targeted analysis; Fourth stage) integration of Theoretical Grants, Scientific and contextual-empirical forming a Theoretical Base, followed by interpretation and reflection for the creation of an Operational Base. As a result, we present the "Nursing Care Model for hospitalized people with DM" and its graphical representation. The purpose of the model is to provide a guide to the nursing care for people with DM in a full, interdisciplinary, humanized manner, valuing care that is centered on the person with diabetes and the family and also to promote health in the hospital. Structurally, the model has the Theoretical Base comprised of Theoretical Grants, Scientific and contextual-empirical and Operating Base organized in nursing care dimensions: Clinical, Educational and Management and are guided by general principles. Each dimension has specific principles and elements for nursing care, with a total of 28

elements. Each element has the definition of its meaning and description of its operation following the process: knowing; defining problems; acting; and evaluating. The results are presented in three articles: the first discusses the hospital as a health education center for people with diabetes; the second addresses the methodological approach for the construction of a nursing care model founded on methodological research; the third presents a concise version of the model. We consider hospitalization an opportune moment for health promotion and education for people with DM, where the nurse should assume the role of coordinator of actions which promote health. The developed Nursing Care Model brought a chronicity in an amplified perspective with actions that go beyond clinical care, articulating interdisciplinary concepts, completeness and humanization, making room for the promotion of health and the focused attention on the person and the family, aiming to overcome the limitations that fragment the care for people with diabetes within hospital settings.

Keywords: Nursing. Care Model. Nursing Model of Care. Diabetes Mellitus. Hospitalization.

ARRUDA, Cecilia. **Modelo de Atención de Enfermería a las personas con diabetes mellitus hospitalizadas.** Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2016. 372p.

RESUMEN

La finalidad del estudio fue desarrollar un Modelo de Atención de Enfermería para personas hospitalizadas con diabetes mellitus (DM). Modelos de Atención de Enfermería son estructuras/instrumentos formados por un marco conceptual y una metodología de cuidado para guiar la atención de enfermería a las poblaciones en situaciones específicas. El marco teórico se compone de: Ser humano; Proceso de salud-enfermedad; Condición crónica; Promoción de la salud; Atención de salud (Interdisciplinario, Integral y Humanizado); Atención de Enfermería (Dimensiones Clínica, Educativa y de Gestión); La atención centrada en la persona y familia, y la persona hospitalizada con DM. El modelo se elaboró a partir de una investigación metodológica desarrollada en cuatro fases: Primera fase) definiciones conceptuales, estableciendo los Subsidios Teóricos. Segunda fase) definición de cuatro Subsidios-base: 1) Revisión de la Literatura y de las Directrices; 2) Perfil de las personas hospitalizadas con DM; 3) Percepción de las personas con enfermedades crónicas sobre la hospitalización; 4) Percepción de los enfermeros sobre la atención a las personas hospitalizadas con DM, buscando Subsidios Científicos y Contextuales-empíricos. Tercera fase) cada Subsidio-base pasó por dos etapas: recolección de datos y análisis de contenido convencional de datos, seguido de un análisis objetivo de datos. Cuarta fase) Integración de los Subsidios Teóricos, Científicos y Contextuales-empíricos formando una Base Teórica, seguida de la interpretación y la reflexión para la creación de una Base Operacional. Como resultado, se presenta el "Modelo de Atención de Enfermería a las personas hospitalizadas con DM", y su representación gráfica. El objetivo del Modelo es guiar la atención de enfermería a las personas con DM, de forma integral, interdisciplinaria, humanizada, valorizando el cuidado centrado en la persona con DM y la familia, y promover la salud en el ámbito hospitalario. Estructuralmente, el Modelo tiene la Base Teórica compuesta de Subsidios teóricos, Científicos y Contextuales-empíricos y la Base Operacional organizada en las dimensiones del cuidado de enfermería: Clínica, Educativa y de Gestión, guiada por principios generales y específicos y 28 elementos

para la atención de enfermería. Cada elemento presenta la definición de su significado y la descripción de su funcionamiento: conocimiento, definición de los problemas; actuación; y evaluación. Desarrollamos tres artículos: 1º) analiza la hospitalización como un espacio de educación en salud para las personas con DM; 2º) aborda el decurso metodológico para la construcción del Modelo de Atención de Enfermería basado en la investigación metodológica; 3º) presenta una versión concisa del Modelo. Consideramos la hospitalización como un momento propicio para la promoción y educación en salud a las personas con DM, donde el enfermero debe asumir el papel de coordinador de acciones que promuevan la salud. Este Modelo de Atención de Enfermería presenta la cronicidad en una perspectiva amplia de acciones que van más allá de la atención a las alteraciones clínicas, articulando concepciones interdisciplinarias, integrales y de humanización, al crear espacio para la promoción de la salud y la atención centrada en la persona y la familia, con el objetivo de superar las limitaciones que fragmentan la atención a las personas con DM en el hospital.

Palabras clave: Enfermería. Modelo de Atención. Modelos de atención de enfermería. Diabetes mellitus. Hospitalización.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AADE	<i>American Association of Diabetes Educators</i>
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CCPF	Cuidado Centrado na Pessoa e Família
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
HU	Hospital Universitário
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MCC	Modelo de Cuidado Crônico
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Subsídios Científicos da Revisão de Literatura e Diretrizes.....	150
Quadro 2 - Subsídios do Perfil de Pessoas com DM Hospitalizadas.....	164
Quadro 3 - Subsídios da Percepção de Pessoas com Doenças Crônicas sobre a Hospitalização.....	165
Quadro 4 - Subsídios da Percepção das enfermeiras sobre o cuidado às pessoas com DM hospitalizadas.....	167
Quadro 5 - Princípios Gerais do Modelo de Cuidado às pessoas com DM hospitalizadas.....	172
Quadro 6 - Princípios Específicos da Dimensão Clínica.....	173
Quadro 7 - Sistematização do cuidado de enfermagem na dimensão clínica do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas – Agindo e Intervindo na Dimensão Clínica do Cuidar	178
Quadro 8 - Princípios Específicos da Dimensão Educativa.....	183
Quadro 9 - Sistematização do cuidado de enfermagem na dimensão clínica do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas – Agindo e Intervindo na Dimensão Educativa do Cuidar	189
Quadro 10 - Princípios Específicos da Dimensão Gerencial.....	193
Quadro 11 - Sistematização do cuidado de enfermagem na dimensão clínica do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas – Agindo e Intervindo na Dimensão Gerencial do Cuidar	198

ARTIGO 3

Quadro1 - Subsídios Científicos da Base Teórica do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.....	266
Quadro 2 - Subsídios Contextuais-Empíricos da Base Teórica do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.....	268
Quadro 3 – Elementos que compõem a Base Operacional do Modelo.....	272
Quadro 4 - Exemplo do “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas”.....	274

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O Modelo de Atenção Crônica.....	88
Figura 2 – Modelo de Determinação Social da Saúde.....	92
Figura 3 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	93
Figura 4 - <i>The missed nursing care model. HPPD = hours per patient day; RN = registered nurse</i>	99
Figura 5 - O processo de desenvolvimento do novo Modelo de Cuidado de Enfermagem.....	102
Figura 6 - Subsídios-base para a construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas.....	123
Figura 7 - Representação gráfica-esquemática do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.....	140
Figura 8 - Articulações dos conceitos como Subsídios Teóricos da Base Teórica do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.....	149
Figura 9 - Representação esquemática da Base Operacional.....	171

ARTIGO 2

Figura 1 - Subsídios-Base para a construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.....	239
Figura 2 – Representação esquemática da Base Operacional do Modelo.....	247
Figura 3 - Representação gráfica-esquemática do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas.....	250

ARTIGO 3

Figura 1 - Representação gráfico-esquemática do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas..... **263**

Figura 2 - Articulações de conceitos como Subsídios Teóricos da Base Teórica do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas..... **265**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	29
1 INTRODUÇÃO	33
2 OBJETIVO GERAL	39
3 REVISÃO DE LITERATURA	41
3.1 O CENÁRIO HOSPITALAR E O FENÔMENO DA HOSPITALIZAÇÃO	41
3.2 DIABETES MELLITUS NO CENÁRIO HOSPITALAR.....	47
3.3 CUIDADOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NO AMBIENTE HOSPITALAR	50
3.3.1 Parte 1 - Cuidados em enfermagem às pessoas com diabetes mellitus	50
3.3.1.1 <i>Tempo de Hospitalização, Riscos e Custos</i>	51
3.3.1.2 <i>Educação em Saúde</i>	53
3.3.1.3 <i>Sistematização do Cuidado de Enfermagem: diagnósticos, intervenções, protocolos, documentos e registros</i>	56
3.3.1.4 <i>Orientações para o cuidado de enfermagem</i>	57
3.3.1.5 <i>Controle glicêmico e regime medicamentoso</i>	59
3.3.1.6 <i>Programas de Cuidados com o DM e Modelos de Cuidado</i>	67
3.3.1.7 <i>Enfermeiros com expertise em DM</i>	69
3.3.1.8 <i>Educação continuada para profissionais de saúde</i>	71
3.3.2 Parte 2 - Diretrizes Nacionais e Internacionais para o cuidado em saúde às pessoas com DM no ambiente hospitalar	73
3.3.2.1 <i>Monitorização Hospitalar da Glicemia</i>	73
3.3.2.2 <i>Metas Glicêmicas em Pessoas com DM Hospitalizadas</i>	74
3.3.2.3 <i>Agentes Anti-hiperglicêmicos em Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas</i>	78

3.3.2.4 Profissionais de Saúde nos Cuidados às Pessoas com Diabetes Mellitus.....	79
3.3.2.5 Terapia Nutricional Hospitalar.....	80
3.3.2.6 Planejamento da Alta Hospitalar e Educação em Saúde.....	81
3.4 MODELOS DE ATENÇÃO PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE.....	87
3.5 MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM	94
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	107
4.1 SER HUMANO/ PESSOA	110
4.2 PESSOA ADULTA/IDOSA COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADA	110
4.3 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	110
4.4 CONDIÇÃO CRÔNICA.....	111
4.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	111
4.6 CUIDADO EM SAÚDE	112
4.6.1 Interdisciplinaridade	112
4.6.2 Integralidade	112
4.6.3 Humanização	112
4.6.4 Cuidado Centrado na Pessoa e Família(CCPF)	113
4.7 CUIDADO DE ENFERMAGEM	115
4.7.1 Dimensão Clínica	116
4.7.2 Dimensão Educativa	116
4.7.3 Dimensão Gerencial	117
5 CAMINHO METODOLÓGICO.....	119
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	119
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	120
5.3 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA METODOLÓGICA	120
5.3.1 Primeiro momento: definições conceituais	120
5.3.2 Segundo momento: definições de subsídios-base.....	121
5.3.3 Terceiro momento: coleta e análise de dados	123
5.3.4 Quarto momento: Interpretação e integração de dados	130
5.4 ASPECTOS ÉTICOS E RIGOR.....	132
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	135

6.1 O MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS E SUA REPRESENTAÇÃO GRÁFICA-ESQUEMÁTICA.....	137
6.2 ARTIGO 1 - A HOSPITALIZAÇÃO COMO ESPAÇO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS.....	204
6.3 ARTIGO 2 - PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	232
6.4 ARTIGO 3 - MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADAS.....	256
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	281
REFERÊNCIAS	287
APÊNDICES.....	305
ANEXOS.....	361

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica¹ (NUCRON), do qual sou membro integrante há cerca de nove anos, dedica-se às pesquisas que abrangem o processo de viver das pessoas em condições crônicas e procura desenvolver práticas de cuidados às pessoas com diabetes mellitus (DM), estomias, HIV/AIDS, deficiências físicas, problemas cardiovasculares, renais ou respiratórios crônicos, envolvendo seus familiares e a rede de atenção à saúde.

Neste período, participei de diferentes projetos de pesquisa que focaram, entre outros objetivos, os diferentes aspectos do viver com uma condição crônica e a dinâmica de atendimento do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). Através dos estudos e práticas de atenção à saúde, procuramos apreender a problemática e o contexto dessas pessoas de forma a podermos contribuir no desenvolvimento de cuidados mais aderentes a sua condição de saúde, buscando também, compreender e aperfeiçoar a assistência desenvolvida pelos profissionais e instituições de saúde.

Ao longo dos estudos no grupo de pesquisas NUCRON, direcionei maior interesse ao cuidado às pessoas com DM e, por ter afinidade com esta temática, sigo buscando o refinamento do olhar crítico-investigativo e construtivo no que concerne à assistência de enfermagem às pessoas que possuem essa condição crônica de saúde.

O trabalho de conclusão de curso da Graduação em Enfermagem, que desenvolvi na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2008, explorou a percepção das pessoas com DM sobre a influência do estresse na condição crônica de saúde. Foi evidenciado que, na maioria das pessoas, o estresse influenciava no controle dos níveis glicêmicos perante a exposição a diversos fatores estressantes, e, dentre eles, o período de hospitalização foi um dos fatores mais citados (ARRUDA; GOULART, 2008).

A temática do DM também esteve presente em minha dissertação de Mestrado, intitulada “Avaliação da humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com DM”, elaborada no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC e defendida em dezembro de 2010. Nesta oportunidade, o cenário do estudo foi no

¹ Grupo de pesquisa constituído em 1987, vinculado ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

âmbito da média complexidade do SUS, em um ambulatório de um hospital público de Florianópolis, onde se desenvolviam consultas de enfermagem às pessoas com DM (ARRUDA, 2010). Esse estudo mostrou que, na percepção das pessoas com DM, o acolhimento e o vínculo estabelecido com os enfermeiros eram aspectos que convergiam para o cuidado humanizado. As pessoas com DM valorizaram a escuta, o diálogo, o relacionamento horizontal, amigável e afetivo, o compromisso, a resolutividade e o saber científico dos enfermeiros. Observou-se a realização da diretriz Clínica Ampliada, conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009) na atuação dos enfermeiros, que associava os cuidados técnico-científicos específicos à condição crônica de saúde, os encaminhamentos e articulações com a equipe multiprofissional aos cuidados voltados às subjetividades das pessoas. Estes resultados estimulam e orientam a construção da humanização no cuidado de enfermagem às pessoas com DM.

Essas experiências, aliadas a minha atual prática profissional como enfermeira assistencial em Unidade de Internação de Clínica Médica, em um hospital geral público de ensino, o Hospital Universitário Polydoro Hernani de São Thiago², localizado em Florianópolis/Santa Catarina (HU/UFSC), instigaram inquietações e estímulo para pesquisar e aperfeiçoar os cuidados de saúde e enfermagem às pessoas com DM.

Diante da oportunidade do desenvolvimento de uma tese no curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, busquei explorar o cenário hospitalar, visando a desenvolver uma proposta de aprimoramento do cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas. A proposta pautou-se na ideia de “Modelos de Cuidado”, por almejar que seu produto final fosse um modelo assistencial que pudesse abranger não somente o cuidado biológico/clínico, mas também os aspectos psicossociais do viver com uma condição crônica.

Assim, apresento nesta tese o Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas e seu processo de construção. Esse Modelo foi inspirado na realidade de um hospital geral, o HU/UFSC, e especificamente voltado para Unidades de Internação de Médico-Cirúrgica adulto, por ser um contexto bem conhecido das pesquisadoras e que reflete a realidade de muitos

² Hospital público federal constituído em 1980, vinculado à UFSC, localizado em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

hospitais gerais brasileiros. No entanto, o estudo intenciona ser um modelo que possa ser replicado em outros contextos hospitalares semelhantes.

Destaco que este estudo prevê etapas posteriores à finalização da tese, tais como criação de instrumentos operacionais e diferentes formas de validação, ou seja, após a conclusão do Curso de Doutorado e finalização da tese, propomo-nos a dar seguimento a este estudo, buscando seu aperfeiçoamento teórico e prático e visando a sua consolidação enquanto Modelo de Cuidado de Enfermagem.

Saliento que foi fundamental para o desenvolvimento deste estudo a realização do estágio doutoral no exterior, denominado “Doutorado Sanduíche”, realizado no *College of Nursing* da *Kent State University*, Kent/Ohio/Estados Unidos, sob supervisão da Dra. Mary K. Anthony, no período de janeiro a maio de 2015. O estágio contribuiu para a melhor compreensão do estado da arte sobre Modelos de Cuidado de Enfermagem em âmbito internacional, bem como para o aprimoramento de minha formação profissional, acadêmica e pessoal.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de uma proposta de atenção à saúde das pessoas com diabetes mellitus (DM) justifica-se pelo número crescente de pessoas com essa condição crônica em todo o mundo. A *International Diabetes Federation (IDF)* estimou que o número de indivíduos com DM atualmente no mundo é de 415 milhões e chegará a 642 milhões em 2040 (IDF, 2015). O país com maior prevalência de DM é a China (98.407.000), seguida da Índia (65.076.000) e Estados Unidos (24.402.000) na segunda e terceira posição respectivamente. O Brasil ocupa a quarta posição entre os países com a maior prevalência de DM. São mais de 14 milhões de brasileiros com DM na população com faixa etária entre 20 e 79 anos (IDF, 2014; IDF, 2015).

Como decorrência do crescente número de pessoas com DM e com os avanços das complicações decorrentes dessa doença, também é grande o número de pessoas com DM que necessitam de hospitalização. Este índice vem aumentando progressivamente (CDC, 2009), sendo a segunda causa de indicação de hospitalização nos Estados Unidos (CDC, 2014).

Um estudo epidemiológico brasileiro explorou a magnitude das hospitalizações por DM na rede pública de saúde no período de 1999 a 2001 e identificou mais de 372 mil internações, em que o diagnóstico principal ou motivo da hospitalização foi o DM, o que representa 6,4 hospitalizações/10.000 habitantes (ROSA et al., 2007). O DM é a sexta indicação de hospitalização e está entre as dez maiores causas de mortalidade no país (BRASIL, 2010a).

Um estudo chileno de método prospectivo buscou avaliar a prevalência do DM entre pacientes admitidos em um hospital público e, dentre seus resultados, apontou que 26% das hospitalizações foram de pessoas com DM, e as causas mais frequentes que levaram estas pessoas à hospitalização foram: doenças cardiovasculares, infecções e complicações agudas da doença (NOVIK et al., 2009).

Quando o DM é a causa principal da internação, ou mesmo quando este se apresenta como uma comorbidade associada ao motivo da hospitalização, estabelece-se a necessidade de um olhar específico para essas pessoas com a intenção tanto de recuperar/reabilitar a pessoa em relação à causa da hospitalização quanto de prevenir novas internações, buscando promover a saúde dessas pessoas. No entanto, muitas situações fragilizam os cuidados de saúde e de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, configurando-se como problemas da

prática assistencial que merecem discussão e busca por soluções ou fortalecimentos.

Diante de minha experiência como enfermeira assistencial em Unidade de Internação adulta em um hospital geral, reconheço a importância da existência de equipe multiprofissional de saúde e rotinas de assistência às pessoas com DM pautadas em conhecimentos científicos e bem solidificadas no dia a dia.

No entanto, esses aspectos positivos não são suficientes quando vislumbramos a assistência em saúde de excelência, e, especialmente, visando a dar atenção integral a todos os aspectos do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas. Observa-se a necessidade de melhor integração entre os membros da equipe de saúde, buscando desenvolver a interdisciplinaridade, que vê a integralidade da atenção à saúde das pessoas com DM, visa à integralidade dos serviços de saúde e à humanização da assistência, além de propiciar meios estruturais e serviços de apoio para a promoção da saúde no ambiente hospitalar.

Esse contexto, semelhante a tantas outras realidades de Unidades de internação em hospitais gerais, expõe a necessidade de se ter um Modelo que oriente a prática assistencial, associando conceitos e práticas que consagrem a excelência do cuidado integral às pessoas com DM hospitalizadas.

Nos diferentes espaços de atenção à saúde no Brasil, tais como hospitais, ambulatorios e locais de atendimento básico, a atenção à saúde, apesar de orientada por um modelo de atenção integral, utiliza predominantemente o modelo curativista, com uma lógica que leva ao extremo a fragmentação do cuidado (CAMPOS; DOMITTI, 2007; SALCI, 2015). É crucial a necessidade de romper com a lógica do hospital como espaço exclusivo para a cura e reconhecê-lo enquanto copartícipe e corresponsável pelo processo de mudança das condições de vida da população (BONFADA et al., 2012).

Foust (2007) enfatiza que os enfermeiros que atuam em hospitais estão frequentemente cuidando de pessoas com múltiplas doenças crônicas e com necessidades que precisam ser atendidas em curto espaço de tempo. Como resultado, tendem a priorizar aspectos imediatos da assistência, deixando de lado, por exemplo, a atividade educativa e o preparo para a alta, bem como a previsão de problemas que poderão ocorrer na volta ao domicílio e como as pessoas poderão solucioná-los (FOUST, 2007).

A influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, em que cada profissional realiza parcelas dele, sem integração com as demais áreas envolvidas, tem sido apontada como uma das razões que

dificultam a realização do trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o executam como para aqueles que dele usufruem (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

As dificuldades dos profissionais de saúde em se articular de forma a oferecer uma assistência integral e a desenvolver um trabalho que vai além da multidisciplinaridade são uma realidade para diversos serviços. Essa realidade vem sendo destacada em diferentes estudos que enfatizam a atenção em saúde às pessoas com composição multiprofissional de pessoal com baixo grau de coordenação, comunicação e integração entre as distintas especialidades e profissões. Estas dificuldades contribuem para a fragmentação da assistência, tornando-a insuficiente para atender à complexidade das diversas condições crônicas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Acredita-se que hoje seja possível a mudança de paradigma em ambientes hospitalares, onde a clínica e a técnica predominam. As necessidades atuais das pessoas suscitam novo olhar, nova postura e que outra cultura seja cultivada no interior dos hospitais, tendo como objeto a saúde ao invés da doença (SILVA et al., 2011a).

Essas e outras situações que fragilizam a assistência de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar merecem ser analisadas, repensadas e atualizadas, a fim de sistematizar as condutas específicas a serem desenvolvidas na práxis, visando tanto a melhoria da assistência de enfermagem com avanço na qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas quanto à articulação com os demais membros da equipe e com outros setores da rede de saúde, em busca da superação de uma atenção fragmentada.

Observando as problemáticas relatadas e acreditando que é possível inovar na atenção à saúde e, primordialmente, nos cuidados de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, propusemo-nos a desenvolver um **Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas**, articulando concepções de interdisciplinaridade, integralidade e humanização da assistência, com espaço para a promoção da saúde e o cuidado da pessoa e sua família, visando a contribuir para a superação de uma prática focalizada somente na doença e em sua cura, uma vez que esta situação não atende às necessidades das pessoas em condição crônica.

Modelos de Cuidado de Enfermagem estão bem desenvolvidos no cenário internacional, especialmente nos Estados Unidos, Canadá, Espanha e Austrália, auxiliando na organização do processo de trabalho da enfermagem e na avaliação da qualidade do cuidado desenvolvido.

No Brasil, contudo, os Modelos de Cuidados de Enfermagem ainda são incipientes ou pouco explorados na literatura e, conseqüentemente, nas práticas de enfermagem, ocasionando uma lacuna na ciência brasileira, fato que nos estimula e justifica o propósito de estudar essa temática.

Desenvolvemos ao longo do estudo um aprofundamento dos conhecimentos sobre aspectos que concernem aos Modelos de Cuidado de Enfermagem. Apresentamos no capítulo Fundamentação Teórica um tópico especial abordando o conceito, conhecendo a estrutura e elucidando nossa compreensão acerca de “Modelo de Cuidado de Enfermagem”.

Segundo Rocha, Prado e Silva (2012), um Modelo de Cuidado deve contemplar o pragmatismo com o cientificismo e considerar o ser humano de modo holístico. A lógica indutiva-dedutiva pode ser o melhor caminho para a elaboração de um Modelo de Cuidado, pois sua proposição se alicerça na realidade concreta das pessoas envolvidas no cuidado (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Acreditamos que Modelos de Cuidado são instrumentos ou tecnologias que contribuem com a sistematização da prática assistencial em saúde. Há instituições de saúde que são referências no cuidado às pessoas com DM hospitalizadas e que utilizam modelos de cuidado bem estruturados para a atenção às pessoas com DM. São alguns exemplos: Hospital Israelita Albert Einstein (instituição privada), localizado em São Paulo/Brasil; *The Johns Hopkins Hospital* (privado), localizado em *Baltimore/Maryland/EUA*; Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (público/filantrópico), localizado em Minas Gerais/Brasil; e *Steno Diabetes Center* (público/privado), localizado em *Gentofte/Dinamarca*.

As duas primeiras instituições citadas possuem como referência de seus modelos o Modelo de Cuidado Crônico (MCC) ou *The Chronic Care Model (CCM)* (WAGNER, 1998; WAGNER et al., 2001). As experiências e reflexões sobre o uso do MCC convergem para a melhoria da qualidade do atendimento a variadas doenças crônicas com cuidados mais consistentes diante da reestruturação do processo de cuidar (COLEMAN et al., 2009; FURTADO; NÓBREGA; 2013; PATEL; PARCHMAN, 2011; CRAM; NIEBOER, 2013).

O MCC apresenta pilares conceituais inspiradores ao cuidado das pessoas com doenças crônicas, no entanto, sua estrutura e desenvolvimento focalizam macro sistemas de saúde, onde a atenção primária em saúde tem papel central complementada pela atenção especializada, convergentes ao cuidado genérico a essas pessoas, sendo insuficiente para orientar os cuidados específicos de enfermagem em

âmbito hospitalar. Conforme verificamos na literatura, parece não haver um Modelo de Cuidado específico de enfermagem voltado às pessoas com DM no ambiente hospitalar, tornando esse o nosso principal argumento para construí-lo.

Assim, almejamos estruturar um Modelo de Cuidado que ofereça orientações específicas para a prática de enfermagem, fortalecendo as fragilidades e superando os obstáculos que dificultam a assistência às pessoas com DM, particularmente nos ambientes hospitalares, tendo o enfermeiro como articulador e incentivador das ações a serem desenvolvidas.

Espera-se que o enfermeiro, como elemento articulador do processo de trabalho, ajude a repensar a forma de organização na assistência em saúde, comprometido com uma prática equitativa de qualidade, que promova a comunicação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos na atenção às pessoas com DM e o cumprimento de suas atribuições e competências de maneira plena (SILVA et al., 2011b).

O objeto da enfermagem é o cuidado ao ser humano, que deve ser prestado com qualidade. Considera-se importante que enfermeiros desenvolvam o pensamento crítico e sua capacidade de tomar decisões por ser reconhecidamente um agente de transformação das condições de vida, atuando diretamente no processo saúde-doença e no bem-estar das pessoas, famílias e comunidade (LIMA et al., 2006).

Diante do exposto, elaboramos as seguintes **questões de pesquisa**:

- 1) Como deveria ser composto um Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas?
- 2) Como desenvolver um Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas?

Declaramos como a tese defendida: Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas é um instrumento que orienta o trabalho da enfermagem, sistematizando e fortalecendo o cuidado em suas dimensões clínica educativa e gerencial. O cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, orientado por um Modelo de Cuidado que considera as pessoas em sua integralidade e é desenvolvido de forma interdisciplinar, humanizada e com valorização do ser humano com DM e sua família, colabora na promoção da saúde dessas pessoas e favorece o melhor controle da condição crônica de saúde.

Acreditamos que as contribuições desta pesquisa relacionam-se à reorganização e ao aprimoramento do cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas. Nesta perspectiva, poderão ser geradas

orientações para a sistematização da assistência, para a visibilidade e a confiança na profissão de Enfermagem, motivando a melhoria da qualidade de assistência no âmbito hospitalar.

O estudo poderá contribuir também como estímulo e orientação acerca da construção de Modelos de Cuidado para a reorganização e gerenciamento de condições crônicas de saúde, visando a aperfeiçoar a assistência e a otimizar os recursos disponíveis na rede de saúde.

2 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Apresentamos a perspectiva de autores de diferentes vertentes e temáticas que auxiliam na compreensão do objeto de estudo, de forma a expor um panorama dos múltiplos fatores envolvidos nos cuidados específicos às pessoas com DM que vivenciam a internação hospitalar. Discorreremos também acerca dos modelos de atenção à saúde nas condições crônicas e sobre modelos de cuidado de enfermagem.

A revisão de literatura está composta por cinco tópicos que permeiam o estudo: o primeiro aborda o “Cenário hospitalar e o fenômeno da hospitalização”; o segundo apresenta o que tem sido estudado sobre o “Diabetes mellitus no cenário hospitalar”; o terceiro tópico inclui os “Cuidados de saúde e enfermagem às pessoas com diabetes mellitus no ambiente hospitalar”, o quarto tópico abrange a temática “Modelos de atenção às condições crônicas de saúde”; e o último tópico aborda os “Modelos de Cuidado de Enfermagem”. Destacamos que o terceiro tópico tem uma organização diferente, pois constituiu o subsídio científico para a composição do Modelo, conforme poderá ser observado posteriormente.

3.1 O CENÁRIO HOSPITALAR E O FENÔMENO DA HOSPITALIZAÇÃO

Numa perspectiva histórica, o hospital constituiu-se em um espaço para tratamento e cura de doenças. O modelo profissional dominante na instituição hospitalar convergia a um conjunto de aparatos tecnológicos e político legal, limitando o espaço da clínica à cura ou à reabilitação. Nesse sentido, ocorria o distanciamento de uma prática efetivamente promotora da saúde (DIAS, 2005).

A supervalorização da dimensão biológica do processo saúde-doença contribuiu para uma rotina mecanicista, para a fragmentação da assistência, para a diminuição da eficácia das ações e para a desumanização das práticas profissionais com abordagem do indivíduo como um objeto da equipe de saúde, dificultando o processo de mudança nas práticas hospitalares (ROLLO, 2006).

Outra dificuldade observada relacionava-se à cultura complexa e repleta de burocracias das instituições de saúde. A própria dimensão física e a estrutura do hospital, aliada à burocratização adotada eram e ainda são fatores que dificultam o processo de mudanças nesses espaços mais do que em organizações de menor porte (SILVA et al., 2011a).

Recentemente, os hospitais são compreendidos como instituições complexas, com densidade tecnológica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência às pessoas com condições agudas ou crônicas apresentando potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se atenção contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013a). Além da assistência, os hospitais constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2013a).

Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da Rede de Atenção à Saúde loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea, atuando de forma articulada com a Atenção Básica (BRASIL, 2013a).

A definição de instituição hospitalar proposta por Capella (1998) refere-se ao hospital como um espaço social formal, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a outro ser humano, a pessoa hospitalizada.

Segundo Bonfada et al. (2012), no entanto, o real papel do hospital consiste em “assumir o desafio de estabelecer espaços de (re)discussão das práticas visando à (re)orientação do pensar/fazer saúde, de modo especial em relação à dicotomia cura/prevenção” (BONFADA et al., 2012, p. 557), sendo que este desafio possui estreita relação com a operacionalização da integralidade nos serviços de saúde (BONFADA et al., 2012).

Bonfada et al. (2012) consideram que recompor as práticas no espaço do hospital, na perspectiva de ampliar a clínica a partir da integralidade e da reorganização tecnológica, significa “observar além dos aspectos palpáveis e aferíveis, como os sinais e os sintomas, por exemplo. Significa agir sabendo que o trabalho não cessa ali, com a cura, e sim, que há uma continuidade”(BONFADA et al., 2012, p.558).A alta hospitalar, por exemplo, deve ser entendida como um momento privilegiado para a garantia da continuidade da assistência em outras instâncias da rede de saúde, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de “contra referência ” estabelecido pelo SUS, mas pelo compromisso de sujeito institucional na manutenção da

continuidade de cuidado necessária àquele paciente específico (BONFADA et al., 2012).

Cecílio (2006) e Silva et al. (2011a) afirmam que o hospital é um lugar estratégico de intervenções e novas práticas, que podem contribuir para a efetivação da promoção da saúde, educação em saúde e criação de vínculos no espaço hospitalar. Entretanto, pondera-se que para isso, a prática no interior dos hospitais precisa ser repensada, assim como a relação médico-paciente, médico-equipe e sistema de saúde como um todo (CECÍLIO, 2006).

Uma assistência procedimento-centrada, considerada uma assistência cuja finalidade visa dar resposta às manifestações morfofisiológicas, não pode ser capaz de garantir esse suporte integral. Nesse sentido, o desenvolvimento de protocolos ou de rotinas, práticas bastante presentes nos hospitais, não garantem a integralidade da assistência (BONFADA et al., 2012). O protocolo clínico é um documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013a).

Segundo Mattos (2004), a criação de protocolos não é articulada às demandas trazidas pelos usuários dos serviços. Sendo assim, o autor aponta a necessidade de compreender o contexto de cada pessoa, adotando uma postura que identifique as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que selecione as intervenções a serem ofertadas.

Os profissionais que lidam diretamente nesse espaço de cuidado, assim como administradores e gestores, devem se preocupar com a promoção da saúde às pessoas assistidas e buscar meios para que as estratégias planejadas com este fim sejam viabilizadas. Para isso, tornam-se necessárias mudanças nas crenças/culturas e filosofias de cuidado das instituições/serviços e seus profissionais de saúde, o que transcende o mero desenvolvimento de uma estratégia ou tecnologia de cuidado, pois abrange a visão de mundo dos sujeitos que fazem parte do processo (SILVA et al., 2011a).

Silva et al. (2011a) apresentam reflexões acerca da prática da promoção da saúde em instituições hospitalares, focando nos aspectos que permeiam o ambiente hospitalar e dificultam a implementação de estratégias para a promoção da saúde nesses serviços. Ao discutirem sobre a promoção da saúde no ambiente hospitalar, apontam que:

A promoção da saúde está inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações,

compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico. Esse processo de mudança no Brasil suscita a necessidade de novos olhares e ações voltados às diversas áreas de atenção à saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito de instituições hospitalares (SILVA et al., 2011a, p.597).

Tendo em vista o conceito ampliado de saúde, considera-se que a promoção da saúde tanto seja possível quanto necessária em ambientes hospitalares, e que as ações desenvolvidas nesse sentido podem conduzir a pessoa hospitalizada e sua família na busca de uma qualidade de vida (SILVA et al., 2011a).

Os programas de educação em saúde desenvolvidos no espaço hospitalar podem incluir o companheiro ou familiares da pessoa hospitalizada e, geralmente, discutem sobre os efeitos da doença na vida diária da família; prepara a pessoa para a experiência de se hospitalizar; contribui com o processo do indivíduo conduzir sua doença depois da alta e incentiva a adoção de comportamentos saudáveis que promovam saúde (JOHN, 2000).

As atividades de promoção da saúde nesses locais devem educar e motivar as pessoas a reduzir seus riscos, prevenir doenças e ajudar as pessoas a maximizar seu potencial de saúde e bem-estar, através de uma abordagem positiva de estilo de vida (JOHN, 2000).

Dentre as estratégias sugeridas para a institucionalização da promoção da saúde dentro do ambiente hospitalar, Rollo (2006) destaca a criação de espaços coletivos nas unidades de trabalhos que garantam a discussão entre as figuras do ambiente hospitalar, com ênfase na escuta dos usuários. Julga-se que as equipes assistenciais podem desempenhar papel importante na vida do paciente e de sua família durante o período de internação. Através dos espaços de conversações, por meio da arte, da fala e da escuta e da contínua interação, os medos, as falas ocultas, as possibilidades podem ser explicitados, mediante uma relação horizontal de sujeito para sujeito, permeados por confiança, cooperação e responsabilidade. Os grupos de vivência, técnicas psicodramáticas e reuniões são citados como dispositivos que estão sendo usados para contribuir neste processo de produção de sujeitos-cidadãos preparados para enfrentar os seus problemas de saúde (ROLLO, 2006).

A experiência da hospitalização é vivenciada de forma pessoal e coletiva por parte das pessoas, de acordo com as suas referências culturais, valores e experiências (FOUCAULT, 1980). Ansari et al. (2012) enfatizam que é necessário compreender as características dos indivíduos para o desenvolvimento de intervenções específicas que satisfaçam suas necessidades, visando, assim, a evitar internações desnecessárias e agravamentos da saúde. Corroborando com os autores acima, Martins e Rodrigues (2013) referiram ser relevante conhecer as pessoas hospitalizadas, seus medos, preocupações e expectativas para, assim, oferecer-lhes cuidado de qualidade, intervenções e ações de saúde para a melhoria da assistência à saúde e para qualidade de vida.

Amorim, Kay-Nations e Socorro-Costa (2009) buscaram explicar os sentimentos, os significados e a resiliência das pessoas diante de suas experiências de hospitalização em um hospital do sistema de saúde público brasileiro. Os sentimentos vivenciados na hospitalização pelos pacientes foram múltiplos e envolveram aspectos tanto positivos quanto negativos. Os sentimentos positivos apontados foram: “acolhido, aconchegante, relaxado, tranquilo, feliz e maravilhado”. Em contrapartida, os sentimentos negativos vivenciados pelos pacientes hospitalizados instigados no estudo abrangeram:

Dor e perda: enganado, decepcionado, solitário, abandonado. Ansiedade: temor, preocupação, ansiedade, angústia, tensão e aflição. Ira: raiva, irritado, indignação, desacordo, aborrecido. Culpabilidade: vergonha, discriminado, humilhado, repudiado, desprezo. Depressão: impossibilitado, obrigado, amarrado (AMORIM; KAY-NATIONS; SOCORRO-COSTA, 2009, p. 758).

A pessoa, ao ser admitida no hospital, é vulnerável e traz consigo a história de sua doença, uma forma própria de senti-la, orientada a compreender a experiência vivenciada. Os pensamentos e sentimentos orientam seu comportamento (VASCONCELOS, 2006).

Os sentimentos revelados pelos pacientes no contexto hospitalar do estudo de Amorim, Kay-Nations e Socorro-Costa (2009) foram predominantemente negativos e marcados por ressentimento, desatenção, discriminação, abandono, entre outros, contribuindo para a desvalorização pessoal e interferindo na forma como perceberam e avaliaram os serviços.

Segundo Martins e Rodrigues (2013), o hospital traz consigo medos e inquietações para a pessoa hospitalizada, estando relacionado às mudanças enfrentadas em relação ao ambiente e a sua rotina. Diante da primeira internação, foi constatado o medo relacionado ao significado da gravidade de sua condição, ao desconhecimento das rotinas de internação e à preocupação em relação ao futuro. Outros medos, como o receio de deixar a família em casa, medo de agulha e medo da morte também foram referidos. O sentimento de culpa também surgiu e foi relacionado ao reconhecimento da falta de cuidados e da não realização das recomendações dos profissionais de saúde. Entre as pessoas que já haviam experimentado internações anteriores, o pesar de não ter se cuidado após sua primeira internação mostrou-se presente (MARTINS; RODRIGUES, 2013).

Os significados que os pacientes atribuíram ao hospital envolviam perigo, cárcere, sofrimento, mas também aprendizagem. Os participantes informaram três fatores de proteção que os ajudavam contra as adversidades da hospitalização: atributos individuais, redes de apoio social e familiar, e a fé em Deus (AMORIM; KAY-NATIONS; SOCORRO-COSTA, 2009).

Estas estratégias ajudam a superar o estresse da hospitalização, pois mostram possibilidades para a promoção de resiliência na perspectiva de uma hospitalização saudável, a qual trata da transformação de um ambiente de tensão em um de maior comodidade e apoio e da transformação da exclusão em maior justiça social e equidade (AMORIM; KAY-NATIONS; SOCORRO-COSTA, 2009).

Assim, durante a hospitalização, as pessoas buscaram estratégias de resiliência, laços de solidariedade com as outras pessoas hospitalizadas, amigos e familiares, atitudes, pensamentos e fé religiosa. As autoras incentivam a prática profissional que facilite a coexistência harmoniosa no ambiente hospitalar e reforçam que é fundamental o conhecimento das condições das pessoas em cada situação, para valorizá-las e integrá-las na prática assistencial com o fim de oferecer uma atenção hospitalar que respeite a dignidade, possibilite o empoderamento e a promoção da vida (AMORIM; KAY-NATIONS; SOCORRO-COSTA, 2009).

Mesmo a hospitalização sendo um fator estressor no cotidiano das pessoas, Martins e Rodrigues (2013) observaram que as pessoas hospitalizadas participantes do seu estudo possuíam pensamentos positivos em relação ao futuro da doença e do tratamento, traziam de forma eminente a crença em Deus, a crença na cura e na melhora da situação de saúde. Nesse estudo, a aceitação e a adaptação foram

vivenciadas como parte do processo de hospitalização das pessoas, sendo um momento difícil, o qual, entretanto, as pessoas compreendiam ser parte de sua recuperação. Era permeado de sentimentos conflitantes, tais como a necessidade de ter paciência, conformação, amadurecimento e mesmo capacidade de encarar tal situação com bom humor (MARTINS; RODRIGUES, 2013).

A maior adesão ao tratamento, a possibilidade de recuperação, melhora e também mudanças no cotidiano/rotina foram apontadas como expectativas em relação à hospitalização. A internação hospitalar, por si só, fez com que as pessoas tomassem consciência de suas atitudes diárias e trouxe à tona o risco das complicações ou agravamento da situação. Assim, a internação hospitalar trouxe a essas pessoas um momento de reflexão e ressignificação sobre suas vidas e sobre a própria doença como parte do seu viver (MARTINS; RODRIGUES, 2013).

De acordo com Martins e Rodrigues (2013), a hospitalização foi percebida pelos participantes do estudo como um evento importante em suas vidas, trazendo reflexões sobre a maneira como vinham cuidando de sua saúde. Existe um momento de reflexão durante a internação, que ocorre após o período de aceitação e adaptação das pessoas ao ambiente hospitalar. A reflexão faz com que as pessoas se proponham à maior adesão ao tratamento e à mudanças no estilo de vida (MARTINS; RODRIGUES, 2013).

A hospitalização, portanto, é um momento marcante na vida das pessoas. Neste momento, os sentimentos e expectativas frente a sua condição de saúde emergem, tornando-se ocasião propícia para a atuação dos profissionais de saúde, sendo que Martins e Rodrigues (2013) ressaltam a importância da atuação do profissional enfermeiro. O cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar pode ser repensado, visando a suprir as necessidades e a contribuir para a saúde das pessoas com condição crônica de saúde, a partir do entendimento das perspectivas da pessoa frente a sua internação e no desenvolvimento de um processo educativo que a oriente para a maior adesão aos cuidados e tratamentos (MARTINS; RODRIGUES, 2013).

3.2 DIABETES MELLITUS NO CENÁRIO HOSPITALAR

De 1988 a 2009, o número de internações hospitalares apresentando o DM como diagnóstico e causa principal aumentou de 454 mil para 688 mil nos Estados Unidos (CDC, 2013). No Brasil, os dados mais recentes acerca das taxas de internações hospitalares disponibilizadas pelo Ministério da Saúde são do ano 2012, indicando

que os Estados brasileiros com as maiores taxas de internação hospitalar por DM foram Piauí, Rondônia e Tocantins (taxas de 12,97, 12,53 e 10,56, respectivamente). A taxa de Santa Catarina foi de 6,76 e o Estado com a menor taxa foi o Sergipe, com 3,60 (BRASIL, 2012).

O Documento de Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010-2011 (BRASIL, 2009), aponta, dentre as prioridades do Pacto pela Vida, a redução das taxas de internação hospitalar por DM no âmbito do SUS. A “Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações” como indicador mede a ocorrência de internações hospitalares por DM e suas complicações a cada 10.000 habitantes, na população de 30 a 59 anos de idade, na esfera do SUS, e avalia o impacto das ações de saúde relacionadas ao DM, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos (BRASIL, 2009).

De acordo com estudos que descreveram o perfil das pessoas hospitalizadas com DM, notou-se a predominância de pessoas do sexo feminino, e a média de idade variou entre 53,2 a 72,3 anos (ROSA et al, 2007; NOVIK; BARRA; GAETE, 2009). Rosa et al. (2007) apresentam um panorama geral sobre internações por DM como diagnóstico principal na rede pública do Brasil, abrangendo os anos de 1999 a 2001. Os autores mostraram que há incremento das hospitalizações com a idade, especialmente após os 45 anos, sendo mais acentuado para mulheres; ocorreram mais óbitos hospitalares em mulheres, porém a letalidade foi maior no sexo masculino; observou-se ainda o aumento da mortalidade com a progressão da idade, acentuando-se a partir dos 65 anos; não houve diferença na permanência das internações com ou sem óbito; homens permanecem mais dias internados (6,7 dias) do que as mulheres (6,3 dias); e o gasto médio anual/10.000 hab. equivaleu a US\$ 969,09 por internação (ROSA et al., 2007).

Uma pesquisa analisando os gastos hospitalares de pessoas com DM em cinco Estados dos EUA encontrou que 30% do total de 648.748 pessoas sofreram reinternações. Essas foram responsáveis pelos maiores custos (mais de 50% do total) com internações hospitalares para pacientes com DM, o que traz em pauta que, se houvesse esforços através de intervenções de saúde e políticas, poderia ser reduzido o quantitativo de internações, diminuindo, assim, os gastos com tais pacientes (JIANG et al., 2003).

Outra pesquisa, esta realizada na Inglaterra, que visava a comparar os custos da internação para pacientes com e sem DM conclui

que os pacientes com DM acarretam mais gastos na internação e afirmou que medidas para reduzir a hospitalização pela doença são urgentemente necessárias (SIMOONS; WENZELT, 2011).

Estudo de coorte realizado com três indivíduos com DM, com intuito de avaliar a adequação das instruções de alta hospitalar de um departamento de emergência e os fatores associados à hospitalização encontrou como resultado que o principal motivo que levou essas pessoas a procurar um serviço hospitalar de saúde foi o descontrole glicêmico, e associaram este fato à falta de orientações no momento da alta hospitalar (GLINDE; PALLIN; CAMARGO, 2008).

Ao avaliar o controle glicêmico de pacientes com DM em unidade médica não-crítica e estimar seus efeitos na hospitalização, Solis et al. (2012) apontaram que dois em três pacientes com DM possuíam um controle glicêmico intra-hospitalar ineficaz e evidenciaram que episódios de hipoglicemia estavam associados com o longo período de internação. A hiperglicemia em pacientes hospitalizados é um achado comum e está associada com um pior prognóstico (NOVIK et al., 2009).

García et al. (2012) apresentam uma revisão de literatura visando a melhorar a qualidade da atenção ao paciente com DM que requer uma intervenção cirúrgica, alertando a importância do controle glicêmico adequado prévio à cirurgia e intervenções a serem realizadas durante o perioperatório. Indicam que o enfoque integral e individualizado ao paciente com DM por parte da equipe de saúde, com protocolos concisos, seguros e de fácil aplicação, melhora os resultados ao diminuir a morbidade e mortalidade relacionadas com a cirurgia (GARCÍA et al., 2012).

Na pessoa com DM, a hipoglicemia é a complicação aguda mais frequente e representa um fator limitante do controle glicêmico nesses pacientes. Diante disso, Novik et al. (2009) estudaram a hipoglicemia como causa de hospitalização, no período de 2001 a 2006, em um determinado hospital. Nesse estudo, os autores apontaram a causa da hipoglicemia, dentre 93 casos: 85% foram secundários a hipoglicemiantes orais; 8% por causa desconhecida; 4% com intenção de suicídio; 2% de hipoglicemia reativa; e 1% dos casos foi secundário ao uso de insulina.

O controle metabólico rigoroso no ambiente hospitalar, associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo com DM, além de reduzir o tempo de internação e os custos hospitalares (NOVIK, et al, 2009; MENDES et al., 2011; AHMANN, 2004).

Para o DM, como uma condição crônica de saúde de origem multifatorial, cujo tratamento efetivo deve abranger diferentes aspectos: bioquímicos, nutricionais, psicológicos e sociais, considera-se a abordagem multiprofissional como ideal por causa da complexidade das intervenções (THOMAZELLI et al., 2013). Nesse sentido, na hospitalização, a organização do trabalho em equipe ocorre a partir da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levem em consideração a integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade. Estas permitem a produção de mudanças tecnológicas na assistência e no cuidado. É necessário um investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe. Esta atitude requer o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença (PEDUZZI, 2007).

3.3 CUIDADOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NO AMBIENTE HOSPITALAR

O conteúdo apresentado a seguir integra a revisão de literatura do estudo e também constituiu o subsídio científico do Modelo de cuidado que será posteriormente apresentado. Destacamos que por esta razão sua organização é distinta, constituído por duas partes. A primeira parte está formada pelos Cuidados em enfermagem às pessoas com diabetes mellitus no ambiente hospitalar e refere-se especificamente a uma revisão de literatura acerca dos cuidados às pessoas com DM a serem desenvolvidos pelos profissionais enfermeiros no cotidiano do trabalho hospitalar. A segunda parte aborda mais especificamente as diretrizes nacionais e internacionais que orientam os profissionais de saúde diante do manejo clínico do DM e alguns cuidados com as pessoas com DM.

3.3.1 Parte 1 - Cuidados em enfermagem às pessoas com diabetes mellitus

O desenvolvimento dessa revisão de literatura iniciou-se em março de 2013 e foi finalizado em dezembro de 2014. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), os descritores utilizados e seus correspondentes em inglês e espanhol, respectivamente, foram: hospitalização ou internação hospitalar (hospitalization, hospitalización), diabetes mellitus (diabetes mellitus, diabetes mellitus), cuidados de enfermagem ou assistência de enfermagem ou atendimento de enfermagem (nursing care, atención de enfermeira).

Foram selecionados os trabalhos completos, publicados entre 2008 e 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram incluídos os artigos que ofereciam indicações de melhorias para a prática de enfermagem nos cenários hospitalares e ambulatoriais, por estarem, geralmente, esses dois cenários vinculados. Foram excluídos os artigos que tratavam do cenário da atenção básica/primária ou que fugiram à temática pesquisada, totalizando 65 artigos.

Dentre os 65 artigos analisados, sete eram nacionais e 58 internacionais. Mais de 75% dos artigos focaram especificamente no cenário hospitalar, os demais focaram no cenário ambulatorial, na comunidade, ou em mais de um cenário. A maioria dos artigos, 55,38% (n = 36), apresentou estudos quantitativos, 9,23% (n= 06) foram de estudos qualitativos, apenas um artigo utilizou o método misto, e os demais artigos (n=22) foram estudos de caso, reflexões, revisões sistemáticas, auditorias ou entrevistas.

Organizamos os achados desses textos analisados em oito temas: 1) Tempo de hospitalização, riscos e custos; 2) Educação em saúde; 3) Sistematização do Cuidado de Enfermagem: diagnósticos, intervenções, protocolos, documentos e registros; 4) Orientações para o cuidado de enfermagem; 5) Controle glicêmico e regime medicamentoso; 6) Programas de Cuidados com o DM e Modelos de Cuidado; 7) Enfermeiros especialistas em DM; e 8) Educação continuada para profissionais da saúde.

3.3.1.1 Tempo de Hospitalização, Riscos e Custos

Segundo Trueland (2013), as pessoas que vivenciam a condição crônica do DM podem experienciar riscos de vida e complicações que podem ser prevenidas no ambiente hospitalar. Preocupado em evitar estes problemas, o autor destaca a importância da equipe de enfermagem, visando à redução do tempo de hospitalização desses pacientes (TRUELAND, 2013).

As hospitalizações atribuíveis ao DM no sistema de saúde público do Brasil no período de 2008 a 2010 foram estudadas por Rosa

et al (2014), em que expuseram que o aumento do número de hospitalizações e os custos associados em faixas etárias mais elevadas mostram as possíveis falhas existente na prevenção e controle rigoroso da doença, o que poderia evitar essa progressão, melhorando a saúde dos pacientes e evitando os elevados custos de tratamento.

Segundo Mabrey et al. (2014), o tempo de internação para pacientes com DM é foco de novos estudos. Comprovadamente, estes pacientes exigem maior tempo de internação, independentemente do diagnóstico de admissão. O resultado desejado é a redução da duração da estadia como um objetivo principal. Para isso, é necessária a identificação de pacientes com hiperglicemia, analisar as possíveis formas de identificar, monitorar e tratar a hiperglicemia, aumentando assim o nível da qualidade do atendimento ao paciente e seu custo-efetividade.

No estudo de coorte de pacientes com DM que realizaram cirurgia cardíaca, foi examinada a relação entre os valores glicêmicos e o tempo de duração da hospitalização. Conclui-se que tanto no pré quanto no pós-operatório os valores glicêmicos não afetaram o tempo de duração da hospitalização (REYES et al., 2008).

No estudo de Tinge (2012), a média de duração da hospitalização foi de oito noites, enquanto para pacientes sem DM foi de cinco noites. O autor comenta que quase um em cada três pacientes hospitalizados que possuem DM são afetados por erros que podem resultar em níveis de glicose no sangue perigosamente altos. O erro mais comum foi relacionado à insulina não administrada conforme prescrita. O erro de gerenciamento da terapia medicamentosa mais frequente foi a falta de ajuste da prescrição de insulina quando os níveis de glicose se apresentavam persistentemente elevados. Esses erros são claramente inaceitáveis, são falhas de comunicação essencialmente básica e aumentam as preocupações em relação à segurança dos pacientes e qualidade em saúde. Portanto, há a necessidade de implementação de uma prática muito mais reflexiva nesta área, e não fazê-la pode ter consequências fatais para o paciente (TINGE, 2012).

Hammer et al. (2009) verificaram os custos do manejo de hipoglicemia severa em pacientes com DM em três países europeus (Alemanha, Espanha e Reino Unido). O tratamento hospitalar gera grandes custos. A média dos custos para pacientes com DM tipo 2 foram mais elevados do que para pacientes com DM tipo 1 em todos os países estudados. Telefonemas, visita a médicos, monitoramento da glicose no sangue e educação do paciente contribuíram substancialmente para os

custos de pacientes não internados. O tratamento da hipoglicemia severa aumenta significativamente os custos de saúde (HAMMER et al, 2009).

Carey et al. (2008) avaliaram o impacto de uma enfermeira com expertise em DM, prescritora de insulina e hipoglicemiante oral, sobre os erros e tempo de duração da hospitalização. A intervenção de gestão de medicamentos fornecida pela enfermeira com expertise em DM teve um efeito positivo sobre o sistema de entrega de medicamentos aos pacientes com DM e reduziu significativamente o número de erros. Esta redução teve algum efeito sobre a duração da estadia hospitalar. Os custos poupados foram suficientes para financiar a enfermeira com expertise em DM. A falta de educação em saúde dos profissionais é um fator que contribui para estes erros. A enfermeira proporcionou um novo sistema destinado a educar os pacientes e funcionários sobre os medicamentos (CAREY et al., 2008).

O risco de hospitalização para as pessoas com diabetes é quase duas vezes maior que para os outros. Gestores dos sistemas de saúde precisam resolver as internações associadas ao DM e oferecer novas orientações de soluções para as melhores práticas. A atenção integrada para o cuidado à pessoa com DM, sem dúvida, reduz a carga de admissões pelo DM, particularmente quando o DM em si é o primário motivo de admissão hospitalar (ALLAN, 2014).

A integração entre os serviços de saúde de nível primário, a comunidade e os serviços agudos e melhoria ao acesso à enfermeiros especializados são vitais. Equipes inovadoras de enfermeiros especialistas estão reduzindo internações por educar médicos e pacientes no controle do DM e pelos pareceres especializados (DEAN, 2014).

No estudo de Dunbar et al. (2014), uma intervenção integrada de autocuidado para pessoas com insuficiência cardíaca e DM foi eficaz em melhorar os componentes essenciais do autocuidado.

3.3.1.2 Educação em Saúde

Ao discutir uma auditoria realizada em 2011, em 230 hospitais da Inglaterra e no país de Gales, sobre os cuidados aos pacientes com DM hospitalizados, Tinge (2012) refere que dos 12.806 pacientes, 66,6% foram admitidos por causas não relacionadas ao DM, e 9% admitidos especificamente para o controle do DM, e, dentre esses, 47% possuíam úlcera ativa nos pés. Apenas 26,8% dos pacientes com DM incluídos na auditoria tiveram um exame dos pés documentado a qualquer momento durante a internação, evidenciando que a atenção de podologia ainda é pobre.

Diante do estudo sobre o conhecimento do paciente com DM sobre o cuidado com os pés antes e após atividade educativa, Martin, Rodrigues e Cesarino (2011) evidenciaram que a educação é a maior ferramenta para o enfermeiro contribuir para a prevenção do pé diabético. Essa conclusão foi obtida após a atividade educativa, onde houve diferença significativa nos cuidados com os pés: corte das unhas, calçado adequado, não andar descalço, uso de meias de algodão, sem elásticos e hidratação dos pés.

A neuropatia diabética e as feridas resultantes muitas vezes ocasionam dificuldades econômicas e sociais para as pessoas atingidas. Medidas simples, como a rotina de inspeção dos pés, ajuste de sapatos e órteses apropriadas, combinados com a educação do paciente sobre a importância do autocuidado, podem diminuir a incidência de feridas na população diabética. Consistente acompanhamento com o tratamento imediato de feridas e formação de calos para evitar mais prejuízos pode resultar em menos amputações de extremidades inferiores na população com DM (KING, 2008)

O número de pessoas com DM com úlceras nos pés está aumentando, afirma Mandanchi (2013). Essa complicação do DM é mais provável de se desenvolver em pessoas de meia-idade, sexo masculino, com um longo período de DM, pobre controle de glicose sanguínea e que têm outras comorbidades do DM. A recorrência de úlceras nos pés é um importante ponto de preocupação que ressalta a importância da educação do paciente para evitar úlceras secundárias. Educar as equipes médicas e de enfermagem, aplicar diretrizes para o rastreio e prevenção, e alocar mais recursos são de grande importância em relação ao tratamento de pacientes com úlceras nos pés (MADANCHI, 2013).

Ao explorar dois diferentes tipos de coberturas para o tratamento de úlceras nos pés de pessoas com DM, o tratamento convencional e o tratamento com *Split skin graft* (enxerto de pele), percebeu-se que o segundo apresentou ser mais efetivo, pois reduziu o tempo de cura da úlcera e a duração do tempo de hospitalização (MAHMOUD et al., 2008).

O atendimento ao paciente com DM com ulceração nos pés é complexo e exige colaboração multiprofissional para oferecer cuidados integrais às pessoas com feridas. Há necessidade de uma fácil transição de cuidados intensivos para os cuidados domiciliares. A terapia de pressão negativa em feridas é geralmente bem tolerada e parece estimular fortemente a granulação quando comparada com outras modalidades de tratamento de feridas. Esta alternativa apresenta positivo

custo-efetivo no tratamento de feridas. Os recursos devem ser combinados de forma colaborativa e sinérgica para permitir ao paciente realizar muitas atividades de vida diária ao receber os benefícios potenciais de uma modalidade avançada de cura da ferida (WU; ARMSTRONG, 2008).

A incidência de pessoas com DM com infecções severas nos pés, como necrose, gangrena, celulite, infecção com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica, tem crescido significativamente na última década. Infecções dos pés são a causa principal de hospitalização e subsequente amputação de membros inferiores entre pacientes com DM com história de úlceras prévias. O manejo cirúrgico frequentemente é requerido para o tratamento de infecções severas dos pés, pois pode ser “limb- or life-threatening” (ZGONIS et al., 2008).

Um estudo sobre o conhecimento das pessoas com DM sobre o cuidado com os pés afirmou que avaliar o conhecimento acerca das complicações do DM é função do enfermeiro e de toda equipe multidisciplinar e contribui para subsidiar as ações em saúde, em especial, as educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção de complicações (AMARAL; TAVARES, 2009). Ainda, a abordagem multidisciplinar pode reduzir a taxa de amputações (MADANCHI, 2013).

O tema educação em saúde às pessoas com DM foi explorado por Korytkowski et al. (2013) ao desenvolverem um estudo quantitativo comparando um grupo de pacientes que receberam educação em saúde por um enfermeiro e educador em DM com outro grupo que recebeu cuidados usuais durante a hospitalização. Os resultados mostraram que o primeiro grupo reportou maior satisfação com o tratamento realizado, menos episódios de hiperglicemia, menor tempo de hospitalização e menores valores de glicose sanguínea capilar. Conclui-se que a educação em saúde aos pacientes hospitalizados com DM melhora a satisfação com o tratamento e melhora o controle metabólico (KORYTKOWSKI et al., 2013).

Megias e Vasco (2014) discutem os cuidados aos pacientes idosos com DM institucionalizados. Os autores indicam que essa população específica requer controle metabólico, sendo necessário desenvolver cuidados e objetivos personalizados, e análise risco-benefício da terapia medicamentosa. A educação adequada ao paciente com DM, familiares e cuidadores é essencial. Além disso, é enfatizada a importância de avaliação nutricional global; estratégia personalizada para o controle glicêmico; reconhecimento precoce de quaisquer dificuldades com a ingestão de alimentos, a desnutrição, úlceras do pé e

de pressão, hipoglicemia, atividades físicas e limitações, a acuidade visual, e em geral, o conjunto capacidade funcional (MEGIAS; VASCO, 2014).

Kubacka (2014) afirma que a educação em DM para a alta hospitalar deve incluir "habilidades de sobrevivência" básicas, como: compreensão do diagnóstico de DM, incluindo o reconhecimento, tratamento e prevenção de hiperglicemia e hipoglicemia; automonitorização dos níveis de glicose no sangue; medicamentos; planejamento da refeição; como gerir o DM quando estão doentes; plano de acompanhamento do atendimento. A educação em diabetes é essencial para o autogerenciamento. Devem fazer parte do plano de ensino as orientações face-a-face e instruções impressas. Encaminhamento a um Centro de Diabetes Ambulatorial para a educação de acompanhamento fornecida por educadores de diabetes certificadas irá ajudar os pacientes a satisfazer as suas necessidades do autogerenciamento (KUBACKA, 2014).

Se o paciente possui déficit de conhecimento de autocuidado do DM, o enfermeiro terá que ensinar o paciente ou trabalhar com um educador em diabetes para se certificar de que tanto o paciente quanto outro cuidador são capazes de realizar todas as habilidades para o autocuidado após a alta. Os hospitais devem ter políticas e procedimentos que orientam o cuidado do paciente hospitalizado com hiperglicemia e diabetes (CHILDERS; LEVESQUE, 2013).

3.3.1.3 Sistematização do Cuidado de Enfermagem: diagnósticos, intervenções, protocolos, documentos e registros

Ao verificar a acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com DM tipo 2 em consulta ambulatorial, Franzen et al. (2013) apontaram que as intervenções mais frequentemente prescritas foram “Aconselhamento nutricional”, “Promoção do exercício” e “Cuidados com os pés”, justamente relacionados aos principais princípios do tratamento para o DM2: alimentação saudável, exercício físico e educação para a saúde.

Um estudo indicou que a identificação dos diagnósticos de enfermagem durante a consulta pode propiciar acurácia nos focos de cuidado ambulatorial. Foram listados como diagnósticos mais frequentes para pessoas com DM: Conhecimento deficiente, Conforto prejudicado, Integridade tissular prejudicada, Ansiedade, Controle ineficaz do regime terapêutico, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (FRANZEN et al., 2012).

Através da pesquisa-ação participante realizada com enfermeiros e método de validação por consenso, foram identificados 14 diagnósticos de enfermagem (NANDA), 78 intervenções e resultados de saúde (NIC e NOC) para 76 pessoas com DM hospitalizadas. Utilizando destes termos, o departamento de enfermagem revisou os padrões de atendimento e o registro eletrônico de saúde. Destaca-se o envolvimento dos enfermeiros na geração de conhecimento e incremento nas pesquisas (MINTHORN; LUNNEY, 2012).

Curcio, Lima e Carvalho (2009) objetivaram a criação de um protocolo para fornecer subsídios para uma melhor assistência aos pacientes com DM, no momento em que iniciam a terapia insulínica como tratamento medicamentoso. As autoras enfatizaram que as consultas de enfermagem permitiram identificar os problemas do paciente com DM de maneira individualizada. Além disso, a sistematização do cuidado de enfermagem envolveu planejar, executar e avaliar continuamente o atendimento e o plano assistencial, promovendo assim a melhoria do cuidado, bem como a padronização da documentação e registros.

Protocolos prevêm padronização dos cuidados em todo o hospital e pode aumentar a eficácia e segurança da prática de atenção em saúde (CORBIN et al., 2010).

Em relação a sistemas de informação/tecnologias da Informação, enfatiza-se que o uso de um sistema eletrônico (intranet da própria instituição hospitalar), com a prescrição médica eletrônica, documentação/registros, diretrizes e formulários interligados eletronicamente auxiliam na melhoria dos cuidados prestados, pois os enfermeiros podem imprimir os formulários e prescrições para os pacientes, reduzindo a incidência de registros perdidos e aumentando o cumprimento das prescrições (BUCHKO et al., 2012).

3.3.1.4 Orientações para o cuidado de enfermagem

Ao investigar as percepções de pessoas com DM sobre a doença, Chaves, Teixeira e Silva (2013) apontaram diversas orientações para a enfermagem, dentre elas:

a) importância de um hospital contar com um Programa de Assistência ao Portador de Diabetes, onde os usuários são atendidos por uma equipe multiprofissional;

b) a enfermagem deve ensinar as práticas de automonitorização da glicemia; capacitar e dar suporte à pessoa diabética para o

autocontrole domiciliar é uma responsabilidade conferida aos profissionais de saúde;

c) as recomendações para o controle domiciliar da pessoa com DM incluem: automonitorização da glicemia capilar, insulina, alterações dietéticas e realização de atividades físicas, a fim de manter os níveis glicêmicos;

e) comprometimento da Enfermagem em disseminar ensinamentos e orientações que levem o usuário do programa a ter o autocuidado, promovendo uma melhor qualidade de vida;

f) o enfermeiro, enquanto profissional de saúde engajado na assistência à pessoa com DM, deve programar novas práticas de cuidado capazes de promover a saúde dos diabéticos, já que a adesão ao tratamento e o autocuidado são pontos frágeis da educação em saúde;

g) educação continuada aos pacientes, e para tanto, precisa-se considerar o ser humano com suas crenças e como essas podem influenciar no modo como se cuida com o DM.

h) utilizar os comportamentos de autocuidado na avaliação dos resultados educacionais a curto, médio e longo prazo deve ser o principal objetivo da enfermagem;

i) a enfermagem é uma profissão que se constrói na relação de confiança com o paciente. Esta profissão visualiza o paciente holisticamente, pois sabemos que o ser humano não deve ser visto apenas com um olhar, mas com visão biopsicossocial.

j) a abordagem psicossocial é bastante válida, principalmente para os profissionais que querem promover a autonomia das pessoas e que acreditam que ainda é possível melhorar a qualidade de vida das pessoas, mesmo quando essas já têm uma doença crônica.

l) as pessoas com DM relataram que a mudança de hábitos é motivada pelo medo das complicações que o DM gera em suas vidas. Elas têm medo de ficar limitados, dependentes de alguém ou de algo; as pessoas expressaram temor por amputação, pela cegueira, pela possibilidade de perder sua capacidade de ir e vir, de cuidar de si mesma.

m) a consulta de enfermagem possui uma grande importância para os usuários. O enfermeiro é o profissional que serve como uma seta planejadora de ações, pois atende o usuário de maneira individualizada, avaliando-o e encaminhando-o a outros profissionais quando necessário (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

No Japão, Matsuzawa et al. (2010) identificaram fatores preditivos para a prestação de cuidados entre um grupo de idosos com DM hospitalizados ou institucionalizados. As características clínicas dos

pacientes internados/institucionalizados foram: idade avançada, maior creatinina sérica, maior prevalência de episódios de AVC, declínio cognitivo avançado e ausência de cuidador-chave nos membros da família. Concluiu-se que o declínio cognitivo e baixo apoio social são fatores preditivos para os cuidados hospitalares e em instituições, e que a informação demográfica e mental, bem como dados de diagnóstico devem ser analisados para prever a hospitalização/institucionalização entre idosos diabéticos frágeis (MATSUZAWA et al., 2010).

O grupo Colaboração Path-Theta desenvolveu um estudo de coorte com pacientes com doenças crônicas, acompanhando-os por cinco anos (2006-2011) para avaliar a relação custo-eficácia e o impacto orçamental esperado de intervenções em coortes de doenças crônicas como parte do modelo de cuidado: Otimização da Gestão de Doenças Crônicas. As intervenções avaliadas foram: plano de alta hospitalar; cuidado domiciliar; continuidade do cuidado; enfermagem especializada; e ferramentas eletrônicas para a troca de informações em saúde. As intervenções ofereceram reduções significativas dos custos e melhora da qualidade de vida (PATH-THETA, 2013).

Pessoas com DM tipo 2 que realizam cirurgia *bypass* de artéria coronária possuem piores resultados do que pessoas que não possuem DM, especialmente se tratadas com insulina. Ou seja, o tratamento com insulina nos pacientes com DM2 indica alto risco para resultados frágeis. O gerenciamento intenso e a reabilitação são necessários para melhorar os resultados, além disso, o manejo ótimo dos fatores de risco pré e pós-cirúrgicos podem beneficiar os pacientes (DEATON; THOURANI, 2009).

3.3.1.5 Controle glicêmico e regime medicamentoso

No Brasil, o controle glicêmico e o manejo do DM precisam ser melhorados para as pessoas com DM hospitalizadas. Melhorar o atendimento nos hospitais brasileiros envolve o uso de insulina por via venosa e protocolos de insulina basal-bolus subcutâneo expandido, evitando o uso da escala de insulina isolada (*sliding-scale*), o aumento da frequência de monitoramento de glicose sanguínea e a expansão dos esforços para a melhoria da qualidade, visando tanto ao comportamento do médico quanto ao da equipe de enfermagem (MOREIRA et al., 2014).

Hirata et al. (2013) afirmam que a hiperglicemia determinada de acordo com o nível de glicose plasmática média durante a admissão hospitalar e ao longo da internação está associada de forma

independente com todas as causas de mortalidade hospitalar em pacientes diabéticos internados por pneumonia.

O comentário detalhado de Marchasson e Sinclair (2013) sobre diretrizes clínicas internacionais recentes e uma declaração de consenso dedicado a doentes idosos com DM tipo 2 no contexto da hospitalização enfatiza que estes pacientes devem ter a medicação revisada para evitar efeitos adversos, e o estado nutricional deve ser monitorado, pois estão em risco de mal nutrição no ambiente hospitalar. Os autores ainda alertam sobre a importância da prescrição de exercícios, pois eles podem ajudar os pacientes a manter as funções físicas e a prevenir o risco de queda. Quanto ao controle glicêmico, diretrizes clínicas devem ser aplicadas para o alcance seguro e efetivo dos níveis glicêmicos alvo, além do monitoramento constante, visando a reduzir o risco de episódios de hipo e/ou hiperglicemia.

Crawford (2013) alerta que o DM e a hiperglicemia ocasionam maior risco de infecções, cetoacidose diabética, coma hiperosmolar hiperglicêmico, desidratação, balanço eletrolítico, maior uso de antibióticos e internação prolongada. A autora destaca diversas indicações para o cuidado das pessoas com DM hospitalizadas, com foco principalmente no controle glicêmico. Dentre as indicações estão: identificação e tratamento da hiperglicemia como essenciais para a prevenção da morbidez e mortalidade e conservação dos recursos de saúde; importância de os enfermeiros compreenderem as recomendações atuais para o tratamento do paciente não crítico hospitalizado; avaliação minuciosa na admissão e durante a internação para rastrear a hiperglicemia; o tratamento da hiperglicemia deve se concentrar em reposição de insulina fisiológica, usando um basal/bolus/regime de correção, em vez de seguir a escala fixa (*sliding scale*); controle glicêmico deve ocorrer para minimizar as complicações agudas como hipoglicemia, infecções e aumento da duração da hospitalização (CRAWFORD, 2013).

O uso prolongado da terapia de insulina com escala fixa (*sliding scale*) deve ser evitado, pois aumenta o risco de episódios de hiper e hipoglicemias (CHILDERS; LEVESQUE, 2013).

Lange (2010) refere que estudos clínicos demonstram que o controle glicêmico melhora os resultados para o paciente hospitalizado com DM, e o uso de insulina pode alcançar a normoglicemia. O autor destaca a importância do uso de protocolos que orientam o enfermeiro a iniciar a administração de insulina visando a melhorar os resultados dos pacientes significativamente (LANGE, 2010).

O manejo do paciente com DM em uso de bomba de insulina foi tema de discussão de McCrea (2013), o qual apontou que o enfermeiro precisa saber como cuidar do paciente hospitalizado usando uma bomba de insulina, afirmando a redução no risco de complicações microvasculares com insulinoterapia intensiva em comparação com a terapia convencional. As características de uma pessoa em uso de bomba de insulina com sucesso incluem: ter motivação para controlar o DM; ter expectativas realistas de terapia com a bomba; ter capacidade para a realização dos testes de glicemia, contagem de carboidratos e resolver problemas; estar disposto a aprender e enfrentar desafios; ter apoio familiar; ser capaz de suportar a terapia com bomba e ser capaz de compreender os aspectos técnicos da bomba. A autora ainda enfatiza a importância do uso de protocolos para tratar a hiperglicemia no ambiente hospitalar (McCREA, 2013).

Childers e Levesque (2013) exploraram as metas glicêmicas no contexto dos cuidados não-críticos hospitalares, fatores que contribuem para a hiperglicemia e hipoglicemia no paciente hospitalizado, os regimes de insulina utilizados em ambiente hospitalar e as implicações para o enfermeiro.

Em relação às implicações para o cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, Childers e Levesque (2013) apontam que o enfermeiro precisa monitorar o nível de glicose no sangue de perto e responder rapidamente a hipoglicemia e hiperglicemia.

Quanto às metas para o controle da glicose em pacientes hospitalizados, visando a evitar os efeitos indesejáveis de curto prazo de hipoglicemia e hiperglicemia através da regulação da glicose no sangue, Childers e Levesque (2013) corroboram com a American Diabetes Association, recomendando um nível pré-prandial de glicose no sangue de menos do que 140 mg/dL, e um nível de glicose no sangue ao acaso de menos do que 180 mg/dL.

Os autores afirmam que a hiperglicemia é comum e muitas vezes não reconhecida entre os pacientes hospitalizados, e isso aumenta o risco de maus resultados, o aumento da duração da hospitalização e o aumento de custo. A hiperglicemia pode complicar as características da doença subjacente e algumas terapias. Portanto, a hiperglicemia representa um importante marcador de prognóstico clínico e mortalidade em pacientes com e sem histórico de DM (CHILDERS; LEVESQUE, 2013).

Dentre os fatores que contribuem para a hiperglicemia em pacientes hospitalizados está o estresse. A resposta ao estresse ocorre comumente em pacientes que estão gravemente doentes, têm a cirurgia,

sépsis, acidente vascular cerebral, queimaduras, trauma ou neoplasia. Outros fatores que contribuem para a hiperglicemia em pacientes hospitalizados incluem o uso de terapia de insulina com escala fixa (*sliding scale*), perda de doses de insulina, doses de insulina administradas atrasadas, alimentação imprevisível e estado “nada por via oral” (NPO) prolongado. Condições tais como insuficiência renal, doença hepática e desnutrição podem contribuir para a hipoglicemia (CHILDERS; LEVESQUE, 2013).

De acordo com Bailon et al (2010), pode haver momentos e locais padrões para a ocorrência de episódios de hipo ou hiperglicemia em pacientes com DM durante a hospitalização. No local do estudo, foi evidenciado que há 78% mais episódios de hipoglicemia nos pacientes durante a noite do que durante o dia; as hipoglicemias noturnas foram identificadas entre os horários 04:00 e 4:59 ou 06:00 e 06:59. O número de episódios de hipoglicemia por pessoa aumentou com a duração da hospitalização maior que cinco dias. Os autores enfatizam que estudos devem focar nas razões subjacentes a estas variações para que as intervenções específicas possam enfrentar o risco de hipoglicemia em momentos e locais específicos (BAILON et al., 2009).

A hiperglicemia comumente complica o tratamento de pessoas adultas hospitalizadas. Estresse, medicações e mudanças na dieta durante a hospitalização podem aumentar ou diminuir os níveis glicêmicos (SAWIN; SHAUGHNESSY, 2009). No artigo que revê os fundamentos e evidências para o controle de glicose no sangue em pacientes hospitalizados não críticos com hiperglicemia são descritas as seguintes recomendações: pacientes hospitalizados com hiperglicemia não se beneficiam de um rígido controle de glicose no sangue; manter o nível de glicose no sangue inferior a 180 mg/dL irá minimizar sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia sem afetar negativamente os resultados de saúde centrados no paciente; os médicos devem continuar a medicação usual domiciliar dos pacientes com DM e verificar aleatoriamente níveis de glicose uma vez por dia; quando os pacientes necessitam ser tratados com insulina a curto prazo, é melhor usar uma insulina basal de ação prolongada combinada com uma insulina de ação rápida antes das refeições (com o objetivo de manter a glicose sanguínea inferior a 180 m/dL), pois aproxima-se da fisiologia normal e usa menos recursos de enfermagem do que as abordagens de escala de insulina fixa (*sliding scale*) (SAWIN; SHAUGHNESSY, 2009).

No estudo de coorte retrospectivo de Turchin et al. (2009), buscou-se determinar se os episódios de hipoglicemia estavam associados com alta mortalidade em pacientes com DM hospitalizados.

Conclui-se que, a cada dia adicional com hipoglicemia, há um aumento de 85,3% na razão de chance de morte para o paciente hospitalizado. Pacientes com episódios de hipoglicemia têm aumento do tempo de hospitalização e aumento da mortalidade durante e após o período de hospitalização. Portanto, estudos e medidas devem ser realizados para diminuir a frequência de episódios de hipoglicemia aos pacientes com DM (TURCHIN et al., 2009).

Ng et al. (2009) publicaram um comentário como resposta ao estudo de Turchin et al. (2009) onde destacam, paralelamente aos resultados expostos, a importância dos níveis de enfermagem e tempo de resolução dos episódios de hipoglicemia. Ng et al. realizaram um estudo comparando o tempo de resolução de hipoglicemia por enfermeiros com menor nível de formação e com máximo nível de formação, resultando em 86 minutos e 54 minutos, respectivamente. Portanto, episódios de hipoglicemia levaram significativamente mais tempo para serem resolvidos por pessoal de enfermagem de baixo nível de formação. Considerando-se a mortalidade associada aos episódios de hipoglicemia, sugere-se que a resolução de hipoglicemias deve ser um aspecto essencial no cuidado aos pacientes com DM hospitalizados (NG et al., 2009).

As taxas elevadas de glicose podem ser prevenidas ou controladas por meio da aplicação de diretrizes baseadas em evidências e de boa prática médica no controle glicêmico intra-hospitalar, com o uso adequado de insulina através do uso de avaliação e identificação de hiperglicemia, verificação de glicose sanguínea de rotina e adequada administração de insulina (CHILDERS; LEVESQUE, 2013).

Pacientes com DM que desenvolvem hipoglicemia possuem maior tempo de hospitalização, maior taxa de mortalidade e maior chance de ter alta hospitalar sendo encaminhados para uma instituição de enfermagem do que os pacientes sem episódios de hipoglicemia. Portanto, destaca-se a importância de manter a normoglicemia em pacientes com DM durante o período de hospitalização (CURKENDALL et al., 2009).

Kessler (2009) cita Vigersky (2005) para reafirmar que o melhor controle glicêmico pode reduzir imensamente a mortalidade, a morbidade e os custos hospitalares. Pessoas hospitalizadas estão vulneráveis à hiperglicemia devido aos fluidos intravenosos contendo glicose recebidos, corticóides, vasopressores, e nutrição enteral e parenteral que promovem o aumento dos níveis de glicose (KESSLER, 2009).

O quão rigoroso deve ser o controle glicêmico em pessoas hospitalizadas é uma questão controversa. Kessler (2009) mostra estudos com resultados muito positivos diante do controle glicêmico rigoroso intra-hospitalar (entre 80 e 100 mg/dL) e estudos de opinião contrária, afirmando que o controle glicêmico rigoroso é danoso, podendo aumentar os casos de hipoglicemia e mortalidade.

Baseados nos diversos estudos controversos, a Associação Americana de Diabetes e a Associação Americana de Endocrinologia Clínica recomendam o valor glicêmico alvo de 140 a 180 mg/dL para pacientes criticamente doentes e, para pacientes não-críticos, valores glicêmicos abaixo de 140mg/dL pré-prandial e menores que 180 mg/dL ao acaso (KESSLER, 2009).

Chaney (2013) estudou os valores de glicemia entre pessoas adultas hospitalizadas devido a acidente vascular cerebral (AVC) e indicou que os padrões que surgiram foram: persistência da normoglicemia, hiperglicemia transitória, persistência da hiperglicemia e hiperglicemia tardia. Picos de glicemia são prováveis nos dias 2 e 3, e alguns adultos não irão apresentar hiperglicemia até o sétimo dia. Portanto, outros estudos são necessários para explorar a dinâmica da glicemia após o AVC durante, pelo menos, uma semana de duração. O momento da triagem formal de diabetes mellitus é importante, uma vez que o rastreamento precoce pode superestimar as taxas de detecção (CHANEY, 2013).

A terapia com bomba de insulina tem crescido no ambiente hospitalar, apesar de ser uma tecnologia complexa e propensa a erros quando utilizada durante a hospitalização. Quando os pacientes em terapia com bomba de insulina necessitam de hospitalização, os profissionais devem decidir se devem manter o uso da bomba (NASSAR et al., 2010). Nassar et al. (2010) discutem a transição da terapia com bomba de insulina a partir do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar e apresentam resultados positivos do uso da bomba de insulina durante a hospitalização. Uma política de uso de infusão de insulina subcutânea contínua na internação hospitalar pode ser implementada com sucesso. A conformidade com os procedimentos exigidos pode ser alcançada, apesar de haver espaço para melhorar a aderência com algumas medidas de processo. Mais estudos são necessários para determinar como otimizar o controle glicêmico quando as bombas são utilizadas durante a internação (NASSAR et al, 2010).

Buchko et al. (2012) buscaram melhorar os cuidados de pacientes com bombas de insulina durante a hospitalização e identificaram as seguintes evidências, visando à translação para a prática: considerar as

preferências ou desejos dos pacientes na tomada de decisões clínicas; se o paciente expressar o desejo e possuir habilidade para o auto manejo dos níveis de glicose sanguínea com o uso da bomba de insulina contínua, estabelecer uma parceria entre a equipe de saúde e o paciente; instituir uma política a respeito do auto manejo dos níveis de glicose sanguínea pelo paciente com uso de bomba de insulina para orientar a prática e manter a segurança; melhorar a documentação/registros com dados da bomba de insulina; melhorar o controle glicêmico; e utilizar protocolo padronizado baseada em evidências.

Deno e Schaper (2011) estudaram o controle glicêmico através de comparação de dois métodos de gerenciamento de hiperglicemia: a insulina basal e basal-bolus de insulina. As autoras consideraram que a “Insulina de bolus” refere-se à insulina de ação rápida (insulina aspártico [Novolog®]) usada em resposta a flutuações na glicose no sangue; e a “Insulina basal-bolus” é a combinação de insulina de ação rápida e insulina de ação prolongada (insulina glargina [Lantus®]) usada para fornecer a estabilidade da glicose no sangue. Os resultados evidenciaram que o uso de basal-bolus de insulina para o controle glicêmico de pacientes com DM hospitalizados é mais eficiente, pois os valores de glicemia apresentaram-se melhores dentro do intervalo alvo, sem aumento de hipoglicemias significantes e um controle glicêmico mais consistente diante desse manejo (DENO; SCHAPER, 2011).

No estudo sobre o pós-operatório de cirurgia cardíaca em pacientes com DM foi enfatizado que o teste regular de glicose sanguínea é importante para a detecção precoce da hiperglicemia e para o tempo de iniciação do tratamento adequado. Evitar o descontrole glicêmico ocasiona benefícios aos pacientes devido ao menor risco às infecções nas feridas operatórias, e benefícios ao hospital por reduzir os custos com complicações pós-operatórias (LEHWALDT; KINGSTON; O'CONNOR, 2009).

Liu et al. (2010) estudaram a incidência e as tendências de hospitalizações devido à cetoacidose diabética no Taiwan, relacionadas com sexo e idade. Conclui-se que programas mais agressivos de cuidados às pessoas com DM destinados a jovens pacientes do sexo feminino devem ser considerados para reduzir as taxas de cetoacidose nas emergências e reduzir as complicações fatais do DM (LIU et al., 2010).

O estudo, visando a explorar a associação do risco do paciente diabético de internação por cetoacidose diabética, evidenciou que os pacientes que não são acompanhados por endocrinologistas apresentaram aumento significativo das hospitalizações por cetoacidose

diabética na Emergência comparados àqueles acompanhados por endocrinologistas. O estudo sugere que os gerentes de serviços de saúde e políticos devem considerar, portanto, promover a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com DM fornecida por médicos não endocrinologistas (LIU et al., 2011).

A insulina basal não deve ser suspensa para o estado de NPO. Os registros realizados pela enfermeira incluem a data, a hora e o resultado dos testes de glicose no sangue, doses de insulina administradas, doses de insulina recusadas ou não administradas e a ingestão de nutrição. O enfermeiro precisa notificar o médico prescritor da insulina se o paciente vai começar a utilizar glucocorticóides, se a dose de glucocorticóide é alterada ou descontinuada; se as ordens de dieta foram alteradas; se o paciente muda de quarto (ordens de insulina são frequentemente interrompidas se o paciente é transferido para um novo quarto); e se o paciente vai para casa ou terá transferência para outro local em breve (CHILDERS; LEVESQUE, 2013).

O uso de medicamentos anti-diabéticos orais em pacientes hospitalizados, de acordo com Kopecky (2013), associado a exercícios e dieta são eficazes no gerenciamento da maioria dos pacientes com DM tipo 2. No entanto, é essencial para avaliar a segurança e eficácia da medicação domiciliar quando o paciente está hospitalizado. Os médicos prescritores precisam estar cientes do mecanismo de ação de cada classe, contra-indicações, precauções e efeitos adversos para formular um plano de gestão segura e eficaz no período da hospitalização (KOPECKY, 2013).

Através de um estudo retrospectivo, Wei et al. (2013) examinaram a associação de intensificação do regime medicamentoso intra-hospitalar para pessoas com DM com o subsequente risco de readmissão após 30 dias. Nesse estudo, a intensificação do regime medicamentoso foi definida como o começo do uso de insulina ou agentes hipoglicemiantes orais ou adição de misturas de insulina ou insulina prandial. Um em cada seis pacientes tiveram a readmissão no serviço de Emergência, sendo mais frequentes as pessoas do sexo masculino. A intensificação do regime medicamentoso durante a hospitalização não foi associada com a readmissão precoce. Em pacientes com valores iniciais de HbA1c superiores a 8%, a intensificação do regime medicamentoso foi associada com a diminuição significativa do risco de readmissão precoce e valores de HbA1C mais baixos no período pós-alta. Os achados reforçam a segurança e um impacto duradouro da otimização do regime de diabetes durante a internação (WEI et al., 2013).

3.3.1.6 Programas de Cuidados com o DM e Modelos de Cuidado

Para garantir alto nível de segurança dos pacientes com DM hospitalizados, Marchasson e Sinclair (2013) destacam o planejamento de alta que engloba as necessidades biológicas e sociais seguidas de acompanhamento no pós-alta.

O planejamento de alta precoce imprime a importância do enfermeiro fornecendo as intervenções de enfermagem adequadas para evitar o descontrole glicêmico. A ingestão nutricional do paciente precisa ser monitorada e as doses de insulina precisam ser administradas nos horários prescritos (CHILDERS; LEVESQUE, 2013).

A uma proposta de planejamento da alta hospitalar do paciente com DM, pensando-se no contexto de assistência a pacientes em uma unidade de internação de adultos, de um hospital-escola público, destacou a importância do uso de um impresso específico para nortear o planejamento da alta, abrangendo informações a serem colhidas e trabalhadas junto ao paciente, ao longo dos primeiros quatro dias de internação, considerando as necessidades individuais. A alta precisa estar inserida no Processo de Enfermagem, uma vez que o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente e da família. O impresso auxilia a identificação das necessidades do cliente e das ações realizadas pela equipe de enfermagem (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011).

Linder et al. (2011) sugerem que há benefícios e eficiência para pessoas com DM tipo 2 que participam de Programas de Manejo de Doenças. No entanto, o corrente programa para pessoas com DM2 na Alemanha não se apresentou adequadamente eficaz. Este estudo não revelou qualquer benefício médico claro da participação das pessoas no programa alemão. Efeitos de seleção foram em grande parte eliminados por meio de um design sofisticado para o grupo de controle (LINDER et al., 2011).

O programa de cuidados com o DM denominado de “Modelo colaborativo de multi-práticas baseado na comunidade para a gestão do DM” desenvolvido na África em 1994 resultou em: redução das taxas de internação tanto para emergências metabólicas quanto por outras causas entre os pacientes participantes do Programa; redução significativa dos valores de hemoglobina glicada em pacientes com DM tipo 1 e tipo 2 em um ano de participação no Programa; manutenção dos valores de hemoglobina glicada após 5 anos de participação no Programa, demonstrando melhoria sustentada/mantida; e a progressão das

complicações microvasculares parece ter sido adiada (DISTILLER et al., 2010). Este modelo de atenção à gestão de cuidados com DM no contexto do Sistema Único privado de Saúde Sul-Africano alcançou melhoria a longo prazo do controle da glicemia e sobre as causas de internações hospitalares. Este programa é baseado em uma abordagem individualizada e holística, englobando educação intensiva do paciente para facilitar o autoempoderamento, inclusive alertando para a gestão dos fatores de risco (DISTILLER et al., 2010).

Pacientes com DM tipo 2 possuem taxas significantes de readmissões hospitalares. O desenvolvimento de programas inovadores de autocuidado para pacientes tanto com DM ou que vivenciam ou vivenciaram eventos cardíacos são necessários. Esses programas podem reduzir as taxas de readmissões hospitalares ao garantir programas de transição das unidades cardíacas e com continuidade no acompanhamento pós-alta (WU; CHANG, 2008).

Corbin et al. (2010) descrevem como um programa integrativo para desenvolvimento de protocolos e educação em saúde para o manejo de hiperglicemia em pacientes hospitalizados foi instituído. Nesse processo, foi utilizada a abordagem paciente-centrado e formada uma equipe multidisciplinar composta por endocrinologista, médico representante da administração hospitalar, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, gerente de casos de diabetes e o paciente. O objetivo da equipe era melhorar o controle glicêmico de forma segura e efetiva para os pacientes com DM hospitalizados, implementando protocolos de insulinoterapia baseados em evidências no hospital. Outro objetivo da equipe multidisciplinar refere-se a educar os pacientes sobre o DM previamente à alta hospitalar, certificando-se de que eles entenderam o atual plano de tratamento e auxiliando a desenvolver as competências necessárias para o autocuidado (CORBIN et al., 2010).

Mutea e Baker (2008) estudaram o envolvimento de enfermeiros kenianos no gerenciamento de pacientes com DM hospitalizados. O referencial teórico utilizado no estudo, inspirado na abordagem do paciente-centrado, foi o Modelo de Parceria de Enfermagem de Christensen, um modelo de processo colaborativo, focado no trabalho mútuo do paciente e do enfermeiro para facilitar a transição do paciente através de quatro estágios: estabelecendo o diagnóstico, tornando-se um paciente, auto-gestão no âmbito da parceria e se preparando para a alta (MUTEA; BAKER, 2008).

Um Modelo de Parceria de Enfermagem pode ser um método para fornecer prevenção primária e secundária para os pacientes com DM hospitalizados, no entanto, a escassez de enfermeiros, o

analfabetismo e a pobreza dos pacientes e os recursos inadequados da instituição hospitalar impedem a sua execução. Esforços são necessários para desenvolver, implementar e avaliar intervenções de enfermagem para melhorar os resultados de pacientes com DM hospitalizados em países em desenvolvimento (MUTEA; BAKER, 2008).

Furtado e Nóbrega (2013) realizaram um estudo sobre modelo de atenção crônica, pautadas na ideia do CCM e apresentaram quatro elementos inter-relacionados para a organização do cuidado de enfermagem às pessoas com DM, associados com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta: apoio à pessoa com DM para o autocuidado; estruturação de linha de cuidado para a pessoa com DM, sistema de informação clínica sobre a pessoa com DM, e apoio à decisão clínica sobre a pessoa com DM. As autoras ainda afirmam que os enfermeiros têm sido vistos como líderes em cuidados crônicos, especificamente na participação do CCM, em cuja essência apresenta interações produtivas entre a equipe e o paciente. Os enfermeiros são elementos-chave para a execução do CCM, participando ativamente de uma equipe de cuidados centrados no paciente (FURTADO; NÓBREGA, 2013).

3.3.1.7 Enfermeiros com expertise em DM

Pacientes com DM sofrem danos evitáveis durante a hospitalização, incluindo o desenvolvimento de cetoacidose diabética (CAD) e hipoglicemia. O número de enfermeiros especializados em DM é baixo, enquanto que o número de pacientes com DM está crescendo cada vez mais. Diante dessa situação, hospitais acabam oferecendo um atendimento deficiente em DM (TRUELAND, 2013, em entrevista com enfermeira Helen Giles).

A auditoria ainda mostrou que a quantidade média de tempo que enfermeiros especializados em diabetes gastam no trabalho associado aos pacientes hospitalizados com DM (cuidados de cabeceira) foi de 28,6 minutos gastos por paciente, sendo este tempo desanimadoramente pequeno. Menos de um terço dos hospitais têm enfermeiros específicos/especialistas em diabetes com atuação voltada para os pacientes hospitalizados. Esse déficit nos cuidados de enfermagem continua sendo uma prioridade para a melhoria da assistência atualmente (TINGE, 2012).

Griffiths et al. (2010) buscaram relacionar se o nível de especialidade dos enfermeiros que prestam os cuidados hospitalares estava associado com as reinternações não eletivas em três áreas

clínicas: asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e DM. Conclui-se que houve relação inconsistente entre o nível de especialidade dos enfermeiros e os resultados dos pacientes entre as diferentes condições de saúde. Há necessidade de mais investigações sobre a organização e prestação de serviços de cuidados às pessoas com DM em prática geral, a fim de compreender melhor o impacto das diferentes formações de pessoal na evolução do paciente (GRIFFITHS et al., 2010).

Flanagan et al. (2008) preocuparam-se com o impacto que uma equipe de cuidados específicos poderia gerar nos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas. Para isso, foi formada uma equipe com cinco enfermeiras especialistas em DM, dedicadas ao cuidado de pacientes hospitalizados, com suporte de um consultor e um diabetologista. Uma enfermeira responsável pela ligação com a equipe de diabetes foi nomeada em cada ala/unidade, e cada indivíduo com diagnóstico de DM foi identificado na admissão. A equipe teve um impacto significativamente positivo na diminuição do tempo de duração da hospitalização dos pacientes com DM (FLANAGAN et al., 2008).

À equipe de enfermagem em DM ambulatorial em Gloucestershire/Inglaterra foi dada a tarefa de melhorar a assistência aos pacientes hospitalizados com DM. Eles tiveram que encontrar uma maneira de expandir o seu papel sem danificar o serviço que prestam aos pacientes ambulatoriais. Uma equipe de oito enfermeiras, apoiadas pela equipe de enfermagem em DM ambulatorial, tem contribuído para a redução do tempo de internação dos pacientes com DM e para a redução dos episódios de hipoglicemia. As enfermeiras ainda foram capazes de visitar as alas/unidades de internação em uma base diária e introduzir sessões de educação e outras iniciativas de sensibilização (TRUELAND, 2013, em entrevista com enfermeira Helen Giles).

Conclui-se que enfermeiros gerais podem fornecer cuidados gerais às pessoas com DM hospitalizadas, mas eles ainda precisam do suporte/apoio de um grupo de enfermeiros especializados em DM. Sugeriu-se que um sistema de e-referência, de modo que qualquer membro da equipe pode usar a intranet da instituição hospitalar para alertar a equipe de enfermagem em DM sobre um paciente que deve ser visto no prazo de 24 horas (TRUELAND, 2013, em entrevista com enfermeira Helen Giles).

Partiprajak et al. (2011) desenvolveram um estudo de método misto em que compararam 44 pacientes com DM tipo 2, participantes de um Grupo de Apoio em DM, com 56 pacientes com DM tipo 2 não participantes do Grupo de Apoio em DM (grupo comparação). Os

resultados indicaram que os participantes do Grupo de Apoio em DM, liderado pela enfermeira, apresentaram: pressão arterial sistólica menor, maiores habilidades para o autocuidado e satisfação com o cuidado recebido em comparação com aqueles no grupo de comparação. Os serviços do Grupo de Apoio em DM formado por enfermeiras incluíram: monitorar e gerenciar problemas de saúde; facilitar exercícios em grupo; proporcionar educação de auto-gestão, colaborar com membros da equipe multidisciplinar; estabelecer a continuidade dos cuidados e serviços de cuidados holísticos; e, a consulta com os pacientes e os profissionais de saúde (PATIPRAJAK et al., 2011).

3.3.1.8 Educação continuada para profissionais de saúde

Para determinar se a educação focada para médicos e enfermeiros resultaria em mudanças mensuráveis no controle glicêmico, foi desenvolvido um programa educacional com foco em cuidados às pessoas com DM. Este programa incluiu duas horas de simpósio e duas horas de sessão interativa. As medidas dos valores glicêmicos foram determinadas no período de dois meses antes da execução do programa e sete meses subsequentes após a execução do programa. A implementação do programa educacional para os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) resultou em efeitos significativos sobre a redução dos valores médios da glicose sanguínea e da incidência de hiperglicemia, mas aumentou o risco de hipoglicemia. Assim, os méritos de tais programas precisam ser testados antes da sua aplicação generalizada (CHEHADE et al., 2010).

É importante a educação para médicos e a mudança da cultura do manejo dos valores glicêmicos através de tabelas fixas (*sliding scale*), bem como sessões educativas para os demais membros da equipe multidisciplinar em saúde, e cada um destes deve replicar seus conhecimentos aos demais profissionais atuantes nas unidades de internação do hospital; diante de casos complexos, os profissionais atuantes nas unidades de internação podem chamar o auxílio da equipe multidisciplinar (CORBIN et al., 2010).

A educação permanente de pessoal de enfermagem é fundamental para garantir que exista uma compreensão da importância de gerenciar hipoglicemia. Os níveis de pessoal de enfermagem adequados são essenciais para o monitoramento e a manutenção do controle glicêmico adequado, especialmente na detecção e tratamento de hipoglicemia naqueles pacientes que não são capazes para autogerir o DM no hospital (NG et al., 2009).

A educação em saúde é essencial na assistência hospitalar às pessoas com DM. O estudo de Gerard, Griffin e Fitzpatrick (2010) avaliou o nível de conhecimento de enfermeiros em unidades de cuidados agudos sobre os cuidados às pessoas com DM hospitalizadas e manejo clínico do DM. Como resultados, os autores mostraram que houve baixo nível de conhecimento dos enfermeiros, corroborando com dados da literatura, além de não praticarem a educação continuada nos últimos anos. Tais resultados foram apresentados a administradores e líderes de enfermagem da instituição, e, em seguida, desenvolvidas as seguintes ações: criação da posição de enfermeiro(a) educador(a) em DM para pacientes hospitalizados; esta enfermeira teve como objetivo providenciar um modelo de empoderamento das demais enfermeiras através de programa de educação, fomentando conhecimentos e recursos; foram desenvolvidos programas de educação focada em Unidades de Internação específicas, atendendo necessidades de educação específicas, Seminários Multidisciplinares sobre cuidados com DM e criação de um Grupo multidisciplinar de DM, incluindo enfermeira do ambiente ambulatorial, com encontros mensais (GERARD; GRIFFIN; FITZPATRICK, 2010).

Transformar os cuidados às pessoas com DM no hospital e melhorar o controle glicêmico requerem uma abordagem multidisciplinar. Hospitais devem apoiar métodos para otimizar os cuidados às pessoas com DM, apesar das barreiras. A necessidade de melhorar os conhecimentos dos enfermeiros ganha mais ênfase em hospitais em todo o país que têm protocolos complexos e adaptados para melhorar as taxas de morbidade e mortalidade associados com DM. O papel da educação continuada é essencial para dar suporte ao conhecimento dos enfermeiros diante das complexas condições clínicas tais como o DM. Este conhecimento é um fator significativo na prestação de cuidados de qualidade para uma população cada vez maior, a de pacientes com DM (GERARD; GRIFFIN; FITZPATRICK, 2010).

A educação dos profissionais de saúde é importante no desenvolvimento de conhecimento sobre as complexas interações metabólicas provenientes da cirurgia cardíaca, por exemplo. Assim, investir em educação e políticas pode poupar custos com dias de internação e tratamento das complicações, diminuindo os eventos adversos e dias de internação para os pacientes com DM (LEHWALDT; KINGSTON; O'CONNOR, 2009).

3.3.2 Parte 2 - Diretrizes Nacionais e Internacionais para o cuidado em saúde às pessoas com DM no ambiente hospitalar

Para a composição dessa parte da revisão da literatura consideramos as Diretrizes Nacionais e Internacionais que fundamentam os manejos clínicos, tratamentos e cuidados específicos às pessoas com DM hospitalizadas. As fontes dessas informações foram os documentos de duas entidades científicas: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014) e Diretrizes da *American Diabetes Association* (2013-2015). Esses documentos foram escolhidos por possuírem qualidade e confiança reconhecidas nacional e mundialmente e, especialmente, por desenvolverem essas diretrizes pautadas em estudos com práticas baseadas em evidências científicas. Esses documentos foram obtidos gratuitamente via internet.

Essas recomendações estão organizadas em seis tópicos: 1) Monitorização hospitalar da glicemia; 2) Metas glicêmicas em pessoas com DM hospitalizadas; 3) Agentes anti-hiperglicêmicos em pessoas com DM hospitalizadas; 4) Profissionais de saúde nos cuidados às pessoas com DM; 5) Terapia nutricional hospitalar; e 6) Planejamento da alta hospitalar e educação em saúde.

3.3.2.1 Monitorização Hospitalar da Glicemia

A ADA (2013b) preconiza que todas as pessoas com DM admitidas no hospital devem ter o diagnóstico claramente identificado no prontuário e devem ter a prescrição de monitorização da glicose sanguínea, e com os resultados disponíveis para todos os membros da equipe de saúde.

A monitorização da glicemia pode ser feita com amostras colhidas de diferentes locais tais como cateteres venosos, arteriais ou capilares (“ponta de dedo”). Deve-se atentar para não ocorrer contaminação por soluções endovenosas ricas em glicose ou prejuízo pela presença de edema, hipoperfusão ou anemia (SBD, 2011)

A frequência da monitorização deve obedecer tanto os níveis absolutos como as oscilações glicêmicas. De maneira geral, durante a infusão de insulina endovenosa deve-se medir a glicemia a cada hora, podendo este intervalo ser aumentado a cada duas ou três horas nas pessoas com o controle glicêmico dentro do alvo, nas últimas seis a 12 horas, respectivamente (SBD, 2011; ADA, 2013b).

A monitorização da glicemia capilar realizada à beira do leito é usada para guiar a administração de insulina subcutânea. Na pessoa que

está recebendo nutrição, o intervalo de monitoramento da glicose deve coincidir com a exposição à carboidratos, enquanto que na pessoa que não está recebendo nutrição, a monitorização de glicose sanguínea deve ser realizada a cada quatro a seis horas (KORYTKOWSKI et al., 2009; UMPIERREZ et al., 2009).

Em pessoas em situação não-crítica hospitalizadas, a glicemia deve ser medida antes de cada refeição e ao deitar, ou a cada seis horas se o paciente não estiver se alimentando (SBD, 2011)

Devem ser estabelecidas normas de segurança para monitoramento de glicose no sangue, proibindo a partilha de dispositivos de punção de ponta de dedo, lancetas, agulhas e medidores para reduzir o risco de doenças transmitidas pelo sangue (KLONOFF; PERZ, 2010).

Os glicosímetros possuem limitações quanto à precisão das medições de glicose no sangue que devem ser consideradas. Medidas de glicose diferem significativamente entre plasma e sangue total, termos que às vezes são usados como sinônimos, o que pode gerar erros de interpretação. Os medidores de glicemia capilar mais disponíveis comercialmente introduzem um fator de correção de aproximadamente 1,12 para informar um valor de "plasma ajustado" (D'ORAZIO et al., 2005).

A geração mais nova de glicosímetros corrige a variação de hematócrito e de substâncias interferentes. Qualquer resultado de glicose que não se correlaciona com o estado do paciente deve ser confirmado por meio de amostragem de laboratório convencional de glicose plasmática (ADA, 2013b).

A monitorização da glicose deve ser iniciada em qualquer paciente não diagnosticado com DM e que recebe terapia associada com alto risco para hiperglicemia, incluindo terapia com alta dose de glicocorticóide, iniciação de nutrição enteral ou parenteral ou outras medicações como octreotide ou medicações imunossupressoras (ADA, 2013b).

3.3.2.2 Metas Glicêmicas em Pessoas com DM Hospitalizadas

Em relação às metas para os níveis de glicose sanguínea de pessoas em situação não crítica, refere-se que, se o tratamento é realizado com insulina, a meta de glicose pré-prandial deve ser menor que 140mg/dL e, ao acaso, menor que 180 mg/dL. Metas mais rigorosas podem ser apropriadas em pessoas estáveis com difícil controle

glicêmico prévio. Metas menos rigorosas podem ser apropriadas àqueles com comorbidades severas (ADA, 2013b).

Alerta-se que pessoas com hiperglicemia no hospital que não possuem o diagnóstico prévio de DM devem ter planos adequados de testes de acompanhamento e cuidados documentados na alta hospitalar(ADA, 2013b).

A hiperglicemia no ambiente hospitalar tem sido definida como qualquer glicose sanguínea maior que 140 mg/dL. Os níveis que são significantes e persistentes acima deste valor requerem tratamento das pessoas hospitalizadas. Deve-se atentar aos valores de A1C maiores que 6,5%, pois sugerem, em pessoas não-diagnosticados com a doença, que o DM precedia a hospitalização (SAUDEK et al, 2008; SBD, 2011). Para pacientes em UTI, propõem-se os valores entre 140 e 180 mg/dL, evitando-se glicemias inferiores a 100mg/dL (SBD, 2011).

O controle de níveis glicêmicos no ambiente hospitalar possui potencial para melhorar os resultados clínicos. A hiperglicemia hospitalar pode resultar desde estresse, descompensação do DM2 ou outras formas de DM, e/ou pode ser iatrogênica devido à sonegação de medicações anti-hiperglicêmicas ou administração de agentes provocadores de hiperglicemia tais como glicocorticóides ou vasopressores (ADA, 2013b).

A hiperglicemia hospitalar afeta negativamente o balanço hídrico (pela glicosúria e desidratação), a função imune e a inflamação. Essas alterações são reversíveis com a correção da hiperglicemia. Na hospitalização, a hiperglicemia está associada ao aumento da morbimortalidade e mortalidade intra-hospitalar em pacientes com e sem DM, sendo que a manutenção da glicemia em intervalo curto reduz esses desfechos (SBD, 2013).

A hiperglicemia no hospital pode representar DM previamente sabido, DM previamente não diagnosticado ou hiperglicemia relacionada à hospitalização, ou seja, a glicemia de jejum maior ou igual a 126mg/dL ou glicemia casual maior ou igual a 200mg/dL ocorrida ao longo da hospitalização e que reverte para a normalidade após a alta hospitalar. A dificuldade para distinguir entre a segunda e a terceira categorias durante a hospitalização pode ser vencida mensurando a A1C em pessoas não diagnosticados com hiperglicemia, desde que condições que interfiram com A1C (hemólise, transfusão sanguínea) não tenham ocorrido (ADA, 2013b).

Se a hiperglicemia é documentada e persistente, deve-se considerar o tratamento de tais pacientes com as mesmas metas de pessoas que sabidamente possuem DM (ADA, 2013b).

A hipoglicemia tem sido definida como qualquer glicose sanguínea menor que 70 mg/dL e a hipoglicemia severa em pacientes hospitalizados tem sido definida pelos valores menores que 40 mg/dL (MOGHISSI et al., 2009; SBD, 2011). Assim como na hiperglicemia, a hipoglicemia entre pacientes hospitalizados é também associada com resultados desfavoráveis a curto e longo prazos. O reconhecimento e tratamento precoces da hipoglicemia leve a moderada (40 a 69 mg/dL) pode prevenir a deterioração de um episódio mais grave com potencial de sequelas adversas (MOGHISSI et al., 2009).

Para a maioria das pessoas em situação não crítica que realizam o tratamento medicamentoso com insulina, os níveis de glicose pré-prandial devem ser geralmente menores que 140 mg/dL com glicemia ocasional inferior a 180 mg/dL, contanto que estes níveis possam ser alcançados de forma segura. Deve-se reavaliar o regime de insulina se os níveis de glicose sanguínea caírem abaixo de 100 mg/dL, visando a evitar hipoglicemias (ADA, 2013b).

A ADA (2013b) recomenda que um protocolo de manejo da hipoglicemia deve ser adotado e implementado em qualquer hospital, além disso, um plano para prevenção e tratamento de hipoglicemias deve ser estabelecido para cada pessoa hospitalizada. Episódios de hipoglicemia no hospital devem ser documentados no prontuário e rastreados.

A modificação no regime de insulina é requerida quando valores de glicose sanguínea são menores que 70 mg/dL, a menos que o evento seja facilmente explicado por outros fatores como, por exemplo, o esquecimento de uma refeição (ADA, 2013b).

É importante considerar a obtenção de A1C em pessoas com DM admitidas no hospital se o resultado do teste de dois a três meses prévios não estiver disponível. Também é preciso considerar a obtenção de A1C em pessoas com fatores de risco para DM, mesmo ainda não diagnosticadas com a doença, que apresentem hiperglicemia no hospital (ADA, 2013b).

Pessoas com história prévia de controle glicêmico bem-sucedido em ambulatório, que são clinicamente estáveis, podem ser mantidos com as taxas de glicose abaixo dos pontos de corte. Por outro lado, as taxas mais elevadas de glicose podem ser aceitáveis em pessoas em condição terminal ou em pessoas com comorbidades graves, assim como naquelas pessoas em ambientes de cuidados onde a monitorização da glicose frequente ou supervisão da enfermagem não são possíveis (ADA, 2013b).

Prevenção da hipoglicemia hospitalar: no hospital, múltiplos fatores de risco para a hipoglicemia estão presentes. As pessoas hospitalizadas, com ou sem DM, podem experimentar a hipoglicemia no hospital em associação com o estado nutricional alterado, insuficiência cardíaca, renal ou doença hepática, malignidade, infecção ou sepse (ADA, 2013b).

Outros eventos que levam à hipoglicemia iatrogênica incluem a redução súbita da dose de corticosteróide, capacidade alterada da pessoa para relatar os sintomas, ocorrência de êmeses, necessidade do estado “nada por via oral” (NVO), tempo inadequado da insulina de curta ação ou de rápida ação em relação às refeições, redução das taxas de administração de dextrose intravenosa e interrupção não esperada de alimentação enteral ou nutrição parenteral (ADA, 2013b; SBD, 2013). A hipoglicemia deve ser prevenida evitando-se atrasos de dieta, utilização isolada de tabelas “sliding-scale”, falta de ajuste frente à redução de corticoides, septicemia ou falência de órgãos (SBD, 2011).

Apesar da natureza evitável de muitos episódios de hipoglicemia em pessoas hospitalizadas, as instituições hospitalares são mais propensas a ter protocolos de enfermagem para o tratamento de hipoglicemia do que para sua prevenção. O rastreamento de tais episódios e análise de suas causas são importantes atividades de melhoria da qualidade (MOGHISSI et al., 2009). Segundo a SBD (2011), o protocolo para a hipoglicemia hospitalar deve considerar o seguinte:

A hipoglicemia no paciente consciente, capaz de ingerir líquidos por via oral, pode ser controlada através da oferta de 15g de carboidrato oral (1 colher de sopa de mel ou açúcar líquido, 1 copo de refrigerante ou suco de laranja) e repetir a glicemia capilar a cada 15 minutos, reofertando o carboidrato até atingir glicemia superior a 100mg/dL. No paciente com redução da consciência, quando está contra-indicada a ingesta oral, ou no paciente em jejum, utiliza-se a solução glicosada hipertônica de glicose 50%, onde o volume em ml é calculado pela fórmula: 100 menos o valor da glicemia aferida vezes 0,4. Nas hipoglicemias graves (< 40mg/dL), oferta-se o dobro de glicose endovenosa (SBD, 2011, p. 16).

Dentre os critérios de segurança de qualquer instituição hospitalar, consta o protocolo de tratamento agudo da hipoglicemia e requer uma equipe de enfermagem bem preparada, além da rápida disponibilidade de carboidratos simples e de ampolas de glucagon em cada setor do hospital (SBD, 2011).

3.3.2.3 Agentes Anti-hiperglicêmicos em Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas

A dificuldade no manuseio de pessoas em situações graves com drogas orais praticamente induz a insulinização no ambiente hospitalar (SBD, 2013). Mesmo fora das unidades de cuidados críticos, é preferida a escala de insulina subcutânea, que oferece componentes basal, nutricional e correção. Os regimes de dosagem típica são baseados no peso corporal, com evidências de que pacientes com insuficiência renal devem ser tratados com doses mais baixas (BALDWIN et al., 2012).

A terapia prolongada com a escala de insulina (*sliding-scale insulin - SSI*) como único regime não é efetiva na maioria das pessoas, pois aumenta o risco de hipoglicemia e hiperglicemia, e foi recentemente mostrado em pesquisa randomizada estar associada com resultados adversos em cirurgias gerais de pessoas com DM2 (UMPIERREZ et al., 2011). Além disso, a escala de insulina é potencialmente perigosa para pessoas com DM1 (MOGHISSI et al., 2009).

A ADA (2013b) refere que não há dados sobre a segurança e eficácia de agentes orais e terapias injetáveis não-insulínicas (como análogos de GLP-1 e pramlintide) no ambiente hospitalar, pois geralmente possuem um papel limitado no manejo da hiperglicemia em vigência da doença aguda. A continuação desses agentes pode ser apropriada em pessoas em situações clínicas estáveis, que consomem refeições em intervalos regulares e podem ser iniciados ou retomados em antecipação da alta hospitalar. Atenta-se ao fato de que cuidados específicos são necessários com a metformina, devido às possibilidades de contraindicação desenvolvidas durante a hospitalização, como por exemplo, na insuficiência renal ou instabilidade hemodinâmica (ADA, 2013b).

A SBD (2013) aponta que, dependendo da situação clínica, pessoas com DM hospitalizadas não necessitam de insulinização. No entanto, corroborando com a ADA (2013b), alerta que é opinião geral que a metformina seja descontinuada, principalmente para procedimentos cirúrgicos e quando da necessidade da utilização de

contraste radiológico, devido ao risco de acidose láctica e de insuficiência renal após uso de contraste. Outros agentes orais podem ser mantidos diante de situações clínicas leves, ou mantê-los e crescer a insulina. Em quadros isquêmicos, coronarianos e cerebrais, as sulfonilureias orais devem ser descontinuadas (SBD, 2013).

A abordagem no estado perioperatório vai depender do tipo de DM, do grau de controle glicêmico prévio, do tipo de terapia prévia e do tipo de cirurgia. De maneira geral, recomenda-se a suspensão do uso de metformina dois dias antes do procedimento cirúrgico. Se a glicemia é bem controlada, o agente hipoglicemiante oral pode ser suspenso no dia da cirurgia. Às pessoas que já utilizavam insulina, deve-se administrar glicose para evitar hipoglicemia e tratar com insulina regular ou análogo (SBD, 2013).

A política hospitalar e os procedimentos que delineiam as diretrizes de internação para a terapia de bomba de infusão de insulina hospitalar são aconselháveis, e a disponibilidade de pessoal hospitalar com experiência na terapia de bomba de infusão é essencial. É importante que a equipe de enfermagem documente diariamente no prontuário as taxas basais e doses em bolus administradas (ADA, 2013b).

3.3.2.4 Profissionais de Saúde nos Cuidados às Pessoas com Diabetes Mellitus

O gerenciamento do DM pode ser efetivamente defendido e proporcionado nos cuidados primários ou nos cuidados hospitalares. O envolvimento de especialistas devidamente formados ou equipes especializadas pode reduzir o tempo de internação, melhorar o controle glicêmico e melhorar os resultados clínicos (MOGHISSI et al., 2009).

É necessária uma abordagem em equipe para estabelecer trajetórias no cuidado hospitalar. Para atingir as metas glicêmicas associadas com melhores resultados hospitalares, os hospitais precisam de apoio multidisciplinar para o desenvolvimento de protocolos de manejo da insulina que, efetivamente e com segurança, permitam o alcance de metas glicêmicas (FURNARY; BRAITHWAITE, 2006).

A SBD (2011) apresenta a experiência bem-sucedida de um hospital geral brasileiro após a implementação de uma norma técnica institucional e de protocolo clínico, associado a um efetivo programa de caráter informativo e motivacional junto a todos os segmentos envolvidos num projeto de abordagem multidisciplinar para o

tratamento da hiperglicemia hospitalar, onde são destacadas as ações de cada componente da equipe multiprofissional.

3.3.2.5 Terapia Nutricional Hospitalar

O tratamento nutricional é essencial para o controle do DM em pacientes internados e inclui a avaliação, o diagnóstico, a escolha e a implementação da terapia nutricional adequada.

O objetivo primordial durante a aplicação da terapia nutricional oral, enteral ou parenteral, em pessoas com DM, é manter a glicemia dentro dos níveis da normalidade e manter o estado nutricional adequado das pessoas hospitalizadas (SBN; ABN, 2011; VAN DEN BERGHE et al., 2003; LI et al., 2008), além de prover calorias adequadas para as demandas metabólicas e criar um plano de alta com cuidados a serem seguidos (SCHAFER et al, 2004).

Deve-se atentar ao aumento das necessidades nutricionais pelo estresse catabólico, uso de medicações que interferem na glicemia e no controle glicêmico e supressão do apetite induzida pela doença, pois são fatores que podem interferir na manutenção do estado nutricional da pessoa. Assim, a terapia nutricional deve ser ajustada sempre que a pessoa não conseguir atingir os objetivos nutricionais (LI et al., 2008).

As recomendações nutricionais atuais aconselham também a individualização baseada nas metas de tratamento, parâmetros fisiológicos e medicações em uso. Planos de refeição de carboidratos consistentes são preferidos por muitos hospitais, porque eles facilitam a correspondência da dose de insulina prandial com a quantidade de carboidratos consumidos (CURLL et al., 2010).

A Sociedade Brasileira de Nutrição (SBN) em conjunto com a Associação Brasileira de Nutrição recomendam manter a necessidade energética das pessoas hospitalizadas entre 25 a 35 kcal/kg de peso. A formulação enteral deve conter fibras, ácidos graxos, ômega-3 e ácidos graxos monoinsaturados e a formulação parenteral, se necessária, deverá conter lipídeos mistos (SBN; ABN, 2011).

Devido à complexidade das questões de nutrição no hospital, uma nutricionista, experiente e habilidosa em terapia nutricional, deve servir como um membro da equipe hospitalar (ADA, 2013b).

A nutricionista é responsável por integrar as informações sobre a condição clínica do paciente, alimentação, hábitos de vida e pelo estabelecimento de metas de tratamento, a fim de determinar um plano realista para a terapia de nutrição (MODIC et al., 2011; BOUCHER et al., 2007).

Os profissionais responsáveis pela educação devem ser treinados não somente em DM, mas principalmente em educação em saúde e nutrição. Técnicas educativas devem ser individualizadas de acordo com as características das pessoas, como idade, escolaridade e tempo de diagnóstico (SBD, 2013). A educação sobre a nutrição é um processo contínuo e tem como objetivos “adesão ao plano alimentar, independência quanto a trocas alimentares, atitudes e decisões em situações não rotineiras e conscientização da influência das escolhas alimentares no controle glicêmico e na prevenção de complicações agudas e crônicas” (SBD, 2013, p. 19).

3.3.2.6 Planejamento da Alta Hospitalar e Educação em Saúde

Considera-se que o planejamento da alta hospitalar da pessoa com DM não é uma entidade separada, pelo contrário, é parte de um plano global de alta. Como tal, o planejamento de alta começa no momento da admissão no hospital e deve ser atualizado conforme as mudanças das necessidades da pessoa hospitalizada (ADA, 2013b).

Para a pessoa que recebe a alta hospitalar para casa, segundo a ADA (2013b), o programa ideal necessitará considerar o tipo e a gravidade do DM, os efeitos da doença sobre os níveis de glicose sanguínea e as capacidades e desejos da pessoa. Uma avaliação da necessidade de uma referência de saúde em casa ou encaminhamento a um programa de educação em DM ambulatorial deve ser parte do planejamento de alta para todas as pessoas (ADA, 2013b).

Pessoas hospitalizadas por causa de uma crise relacionada com o manejo do DM ou cuidado deficiente em casa precisam de educação para evitar reinternações (ADA, 2013b). Ensinar o auto manejo do DM às pessoas em hospitais é uma tarefa desafiadora. As pessoas estão doentes, com aumento do estresse relacionado à sua internação e diagnóstico, e em um ambiente não propício para a aprendizagem. O ideal é que as pessoas com DM devem ser ensinadas em um tempo e lugar propício para a aprendizagem, como um ambulatório de um programa reconhecido de educação em DM (ADA, 2013b).

Para a pessoa hospitalizada, a educação em DM para as "habilidades de sobrevivência" é geralmente uma abordagem viável para fornecer informações suficientes e treinamento para permitir um manejo seguro em casa (ADA, 2013b).

Em relação ao auto manejo do DM no hospital, a ADA (2013b) afirma que pode ser apropriado para pessoas adultas competentes, com as seguintes características:

possuam um nível de consciência estável, têm necessidades diárias de insulina razoavelmente estáveis, conduzem com sucesso o auto manejo do DM em casa, têm habilidades físicas necessárias para o sucesso na auto administração de insulina e realização de auto monitorização da glicemia capilar, são proficientes na contagem de carboidratos, usam múltiplas injeções de insulina diárias ou terapia com bomba de infusão e gerenciam os dias de doença (ADA, 2013b, p.S48).

A pessoa com DM, o médico e o(a) enfermeiro(a) devem concordar que o auto manejo da pessoa hospitalizada deve ser adaptado de acordo com as condições da hospitalização (ADA, 2013b).

A educação para o auto manejo do DM não pode esperar até a alta, especialmente naqueles que iniciam a terapia de insulina ou para aqueles cujo regime de gerenciamento do DM foi substancialmente alterado durante a internação (ADA, 2013b). Recomenda-se que as seguintes áreas de conhecimento sejam abordadas antes da alta hospitalar:

- Identificação do cuidador de saúde que irá prestar cuidados à pessoa com DM, após a alta hospitalar.
- Nível de compreensão relacionadas ao diagnóstico de DM, automonitorização da glicose sanguínea e explicação das metas de glicose no sangue domiciliares.
- Definição, reconhecimento, tratamento e prevenção da hiperglicemia e hipoglicemia.
- Informações sobre os hábitos alimentares consistentes.
- Quando e como realizar a glicose sanguínea – medicações hipoglicemiantes incluindo administração de insulina (se o paciente for para casa com insulina)
- Gerenciamento do DM em dias de doença.
- Uso adequado e descarte de agulhas e seringas (ADA, 2013b, p.S49).

A ADA (2013b) recomenda que sejam fornecidos às pessoas com DM os equipamentos médicos apropriados e duráveis, medicamentos, suprimentos e prescrições no momento da alta hospitalar, a fim de evitar um hiato potencialmente perigoso no cuidado. Esses suprimentos/prescrições devem incluir o seguinte:

Insulina (frascos ou canetas) (se necessário);
Seringas ou canetas (se necessário);
Medicações orais (se necessário);
Medidor de glicose sanguínea e fitas;
Lancetas e lancetador;
Tiras cetônicas para urina (DM1);
Kit de emergência com glucagon (insulinod dependente);
Chamado de alerta médico (ADA, 2013b, p.S49).

A educação em DM é a principal ferramenta para a garantia do autocuidado, permitindo o autocontrole por parte da pessoa com DM (SBD, 2013). O acompanhamento da pessoa através de visita de profissionais de saúde da atenção primária, endocrinologista ou educador em DM, dentro de um mês após a alta hospitalar, é recomendado para todas as pessoas que tiveram hiperglicemia no hospital. Uma comunicação clara com profissionais do ambulatório ou da atenção primária tanto diretamente ou através de resumos de alta hospitalar facilita transições seguras para dar sequência ao atendimento. Fornecendo informações sobre a causa ou o plano para determinar a causa da hiperglicemia, complicações e comorbidades relacionadas, e os tratamentos recomendados podem ajudar esses profissionais, à medida que assumem o cuidado contínuo (ADA, 2013b).

A educação em DM deve se estender aos familiares e cuidadores visando a garantir o envolvimento da maioria das relações da pessoa e a promover a manutenção dos novos hábitos e comportamentos adquiridos. As técnicas atuais de educação em DM evoluíram nos últimos anos, buscando promover estímulo e treinamento do autocuidado através de um modelo mais focado na pessoa com DM, de forma a ajudar nas mudanças de comportamento mais positivas (SBD, 2013). Segundo a SBD (2013), os objetivos da educação em DM devem buscar:

- reduzir barreiras entre as pessoas com DM, seus familiares, comunidade e profissionais de saúde;
- promover a autonomia das pessoas com DM com relação aos seus hábitos no trato da doença;

- melhorar os resultados clínicos;
- prevenir ou retardar o aparecimento do DM e suas complicações agudas e crônicas;
- proporcionar qualidade de vida (SBD, 2013, p. 248).

Indica-se a necessidade de capacitar e motivar as pessoas com DM para as escolhas mais adequadas diante das situações e problemas comuns do dia-a-dia. A capacitação e a motivação devem ser feitas por profissionais e por equipes qualificadas em educação em DM (SBD, 2013).

Carvalho et al. (2013) avaliaram o conhecimento de pessoas com DM2 antes e após intervenções educativas no âmbito da atenção primária e demonstraram que, antes da intervenção, 80% tinham de pouco a bom nível de conhecimento, enquanto no pós-teste, a maioria teve um conhecimento de bom a mais que bom. Portanto, a ação educativa gerou resultados satisfatórios quanto à mudança do nível de conhecimentos adquiridos pelas pessoas com DM. Os autores concluíram que a educação em saúde é um instrumento na construção de saberes voltados à adesão ao tratamento e um meio simples para o aumento da qualidade de vida.

As ações de educação em saúde, na assistência às pessoas com DM, são um método efetivo para a aquisição e para o compartilhamento de informações, constituindo-se uma atividade realizada por um processo dinâmico e contínuo de aprendizado, possibilitando às pessoas com DM a execução de práticas favoráveis à sua saúde e seu bem-estar, educando e preparando essas pessoas e familiares a terem autonomia e agirem de forma crítica sobre fatores individuais e coletivos. Os autores também enfatizaram que é de fundamental importância a participação do profissional enfermeiro na prática educativa (CARVALHO et al., 2013).

No estudo de Chagas et al. (2013), o foco foi analisar o conhecimento de pacientes com DM sobre o tratamento após cinco anos do término de um programa educativo que utilizou o protocolo *Staged Diabetes Management* (SDM), por um período de 12 meses, em um município do interior paulista, realizado na atenção primária de saúde. Concluiu-se que, decorridos cinco anos do processo educativo, houve retenção da maior parte dos conhecimentos ministrados, especialmente sobre conceito, fisiopatologia e tratamento da doença, atividade física, cuidado com os pés, automonitorização, cuidados com hipoglicemia,

complicações crônicas e situações especiais, enquanto que alimentação e apoio familiar necessitam de maior incremento. Assim, os resultados evidenciaram que um programa de educação sistematizado em DM pode ter efeitos duradouros na aquisição de conhecimentos pelas pessoas com DM.

A avaliação das orientações dadas por enfermeiros atuantes em clínicas de internação cirúrgica a pessoas com DM que realizaram amputações foi o objetivo do estudo de Silva Junior et al. (2013). O resultado foi que as principais orientações dadas foram relacionadas ao curativo cirúrgico, cuidados com o coto, controle adequado da alimentação e glicemia, cuidados a fim de evitar reamputações e apoio psicológico à nova realidade. O estudo também abordou as dificuldades encontradas pelos enfermeiros nas orientações, apontando a pouca aceitação da pessoa com DM em relação à amputação, desinteresse e falta de entendimento devido à baixa escolaridade (SILVA JUNIOR et al., 2013).

Sobre a relação educativa que o enfermeiro deve desenvolver com as pessoas com DM hospitalizadas, Silva Júnior (2013) refere que:

o enfermeiro precisa compreender a educação como um processo social, histórico e que se dá ao longo da vida, os processos educativos que permeiam as práticas sociais de saúde, institucionalizadas ou não, considerar as especificidades 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 práticas. Assim, também utilizar metodologias participativas que propiciem a autonomia e cidadania das pessoas, compreender a educação em saúde como parte integrante do processo de cuidar, e atuar no processo de qualificação dos trabalhadores da saúde em atividades de educação permanente, assim, entende-se que o processo educativo envolve respeito à individualidade dos sujeitos envolvidos e mútua colaboração (SILVA JUNIOR et al., 2013, p.163).

Nesse sentido, o enfermeiro enquanto educador assume um papel social, cultural e histórico ao preparar o indivíduo numa participação

ativa e transformadora. O enfermeiro é um facilitador das tomadas de decisões das pessoas com DM, pois, como educador para a saúde, atua no intuito de preparar o indivíduo para o autocuidado e não para a dependência. "Educar demanda habilidade do educador, pois nem sempre quando se diz algo, tem-se a garantia de que ocorreu o aprendizado" (SILVA JUNIOR et al., 2013, p.163). O processo educativo é individual, fazendo com que a pessoa com DM assimile as experiências vividas (SILVA JUNIOR et al., 2013).

O enfermeiro deve ter um maior envolvimento com o processo ensino-aprendizagem, requerendo mais comprometimento como educador. Educar não significa somente passar o conhecimento para a pessoa, mas levar em consideração aspectos como valores, crenças, cultura e capacidade de entendimento (SILVA JUNIOR et al., 2013).

Em 2009, foi realizada uma avaliação estratégica comparando a educação em grupo e a educação individual em um programa educativo de DM em Belo Horizonte/Minas Gerais. Nesse estudo, as pessoas com DM foram aleatoriamente recrutadas e alocadas em dois grupos: educação em grupo, onde eram desenvolvidas dinâmicas lúdicas e interativas; e grupo de pessoas atendidas individualmente. Todas as pessoas com DM participantes foram avaliadas clinicamente e avaliadas por questionários específicos sobre os conhecimentos em DM, atitudes psicológicas, mudança de comportamento e qualidade de vida. As duas estratégias do programa educativo em DM foram efetivas, porém a educação em grupo apresentou melhores resultados de controle glicêmico do que a individual (TORRES et al., 2009).

Deve-se considerar que o apoio emocional tem um impacto importante na motivação de aprender, além disso, a utilização das vivências e realidade de cada pessoa como recurso de aprendizagem é um facilitador do processo ensino-aprendizagem. Assim, a pessoa deve ser vista de forma holística e receber orientações de acordo com a sua realidade (SILVA JUNIOR et al., 2013).

Os estudos apresentados são convergentes e complementam-se quanto às recomendações para o cuidado às pessoas com DM hospitalizadas. São escassos os estudos que abordam especificamente a educação em saúde no ambiente hospitalar, sendo essa prática mais difundida na atenção básica e ambulatorial, apesar da sua importância inserida no planejamento de alta hospitalar.

3.4 MODELOS DE ATENÇÃO PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

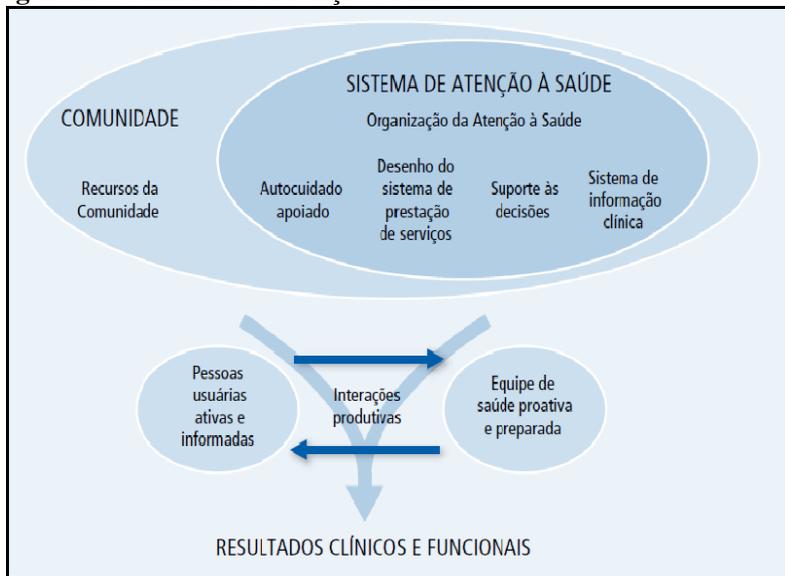
Modelo de Atenção refere-se à forma como é organizado o sistema de saúde a partir da compreensão do processo de saúde e doença, do modo como se organiza a oferta de serviços e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social (BRASIL, 2013a).

Diante da expectativa da construção de um Modelo de Cuidado que é exclusivo para as pessoas que vivenciam a cronicidade do DM, verificou-se a necessidade de buscar na literatura Modelos de Atenção ou Modelos de Cuidado reconhecidos que servissem como uma direção para o desenvolvimento da nossa temática.

Assim, encontramos e optamos pelo **Modelo de Atenção Crônica**³ ou, originalmente, *The Chronic Care Model (CCM)* (WAGNER, 1998; WAGNER et al., 2001) e pelo **Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)** (MENDES, 2012) como inspirações para o delineamento do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas e sua inserção no contexto de atenção à saúde brasileira.

Os modelos de atenção às condições crônicas são de proposição recente e têm como modelo fundante o **Modelo de Atenção Crônica** (Figura 1). O CCM foi desenvolvido em 1998 por Wagner e integrantes da equipe do *MacColl Institute for Health Care Innovation*, localizado em Seattle/Washington/Estados Unidos, diante da preocupação com a gestão das condições crônicas no sistema de saúde (WAGNER, 1998; WAGNER et al., 2001; MENDES, 2012; LODEWIJCKX; VANHAECHT; PANELLA, 2012).

³ Na língua portuguesa, a literatura exhibe a tradução do “*The Chronic Care Model*” tanto como “Modelo de Atenção Crônica” quanto como “Modelo de Cuidados na Doença Crônica”. Optamos pelo primeiro termo por seguirmos como referência a obra do autor Mendes (2012).

Figura 1 – O Modelo de Atenção Crônica

Fonte: MENDES (2012, p. 141).

O CCM foi desenvolvido como resposta à crescente prevalência de condições crônicas em nível mundial e da falência dos sistemas de saúde fragmentados para enfrentar essas condições. As deficiências do sistema de saúde dos Estados Unidos, que estimularam o desenvolvimento do CCM, envolviam: profissionais de saúde que não seguiam os *guidelines* estabelecidos para a prática; falta de coordenação no cuidado/assistência; falta de acompanhamento ativo para garantir melhores resultados; pacientes treinados inadequadamente para o autocuidado ou autogerenciamento de saúde (ACIC, 2015). Acreditou-se que as pessoas podem ser mais bem atendidas, podem viver de forma mais saudável e os custos da atenção à saúde podem ser diminuídos com a mudança do modelo de atenção à saúde (MENDES, 2012).

O CCM está composto por seis elementos: 1) Recursos da comunidade; 2) Organização da atenção à saúde; 3) Suporte ou apoio para o autocuidado; 4) Desenho do sistema de prestação de serviços; 5) Suporte às decisões; 6) Sistema de informação clínica. Estes elementos estão subdivididos em dois grandes campos: o Sistema de Atenção à Saúde e a Comunidade. Mendes (2012) explica o CCM da seguinte maneira:

No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população (MENDES, 2012, p.140).

Coleman et al. (2009) referem que o CCM foi projetado para ajudar a melhorar os resultados das práticas de saúde, através de seis mudanças no sistema (que são os seis elementos que compõe o CCM), inter-relacionadas e destinadas a tornar mais fácil a realização do cuidado centrado no paciente e os cuidados baseados em evidências. O objetivo do CCM foi transformar o cuidado diário para pessoas com doenças crônicas, de agudo e reativo para proativo, planejado e baseado na população.

O CCM foi organizado para atingir esses objetivos através de uma combinação de equipe de saúde eficaz; suporte à gestão reforçada pelo uso mais eficiente dos recursos da comunidade; o apoio ao autocuidado e às decisões das pessoas, tecnologias de informação, entre outros elementos, que devem trabalhar juntos para fortalecer a relação paciente-profissional de saúde e melhorar os resultados de saúde (COLEMAN et al., 2009).

Nos últimos anos, o CCM tem crescido em todo o país norte-americano, sendo adotado por Indiana, Carolina do Norte, Califórnia, Vermont Pensilvânia e Nova York. Versões internacionais do CCM foram desenvolvidas e seguem sendo utilizadas em países diversos como o Reino Unido, o Canadá, a Dinamarca, a Rússia, a China, a Austrália e a Nova Zelândia (ACIC, 2015).

Segundo Mendes (2012), no Brasil, o CCM tem sido utilizado parcialmente nas experiências inovadoras de cuidados às condições crônicas no SUS, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, na Secretaria Municipal de Saúde de Diadema e pelo projeto Qualidia, do Ministério da Saúde, nos municípios Anchieta, Antônio Carlos, Florianópolis, Ilha de Itamaracá, Recife, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Lourenço da Mata,

Silva Jardim e Tijucas. Além disso, foi do CCM que derivou a publicação “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas”, proposta pela OMS (2003), e o “Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis” (BRASIL, 2011) no Brasil.

O estudo de Cram e Nieboer (2013) utilizou como referência o CCM para investigar se a prestação de cuidados de alta qualidade melhora as experiências de pessoas com condições crônicas. Foi encontrado que tanto a qualidade do cuidado quanto a mudança na prestação desses cuidados geraram experiências positivas às pessoas com diferentes condições crônicas. Os autores enfatizam a importância de redesenhar os sistemas de cuidados e de implementar programas de gerenciamento de doenças crônicas baseadas no CCM, visando a melhorar a qualidade dos cuidados e as experiências das pessoas com doenças crônicas a partir da prestação desses cuidados (CRAM; NIEBOER, 2013).

Patel e Parchman (2011) enfatizam que, no âmbito da atenção primária, o cuidado é mais consistente quando pautado no CCM, pois a atenção primária é a principal fonte de ferramentas para o autocuidado e por oferecer suporte às pessoas que necessitam aprender a manejar as complexas condições crônicas de saúde. Lodewijckx, Vanhaecht e Panella (2012) referem que a implementação do CCM tem sido fragmentada em alguns componentes, como no que concerne à formação e comunicação da equipe multidisciplinar de saúde e sistemas de tecnologia da informação.

O CCM inspira/motiva, pois para o sucesso e para a qualificação do cuidado, baseado no Modelo de Cuidado Crônico, o foco do cuidado deve estar centrado na pessoa e em sua família; na elaboração de políticas multissetoriais para o manejo das doenças crônicas; na criação de um sistema de informação clínica para monitoramento e avaliação das estratégias de melhoria de qualidade; na operacionalização de apoio sistemático para o automanejo da pessoa; na atenção baseada na prevenção da doença e na promoção da saúde, com a participação comunitária; na criação de redes de cuidados liderados pela atenção primária à saúde; na reorientação dos serviços de saúde, mediante a criação de cultura de cuidados crônicos, incluindo atenção proativa, baseada em evidências, e na conformação de equipes de saúde multidisciplinares, garantindo a educação permanente para o manejo das doenças crônicas (LIMA, 2013).

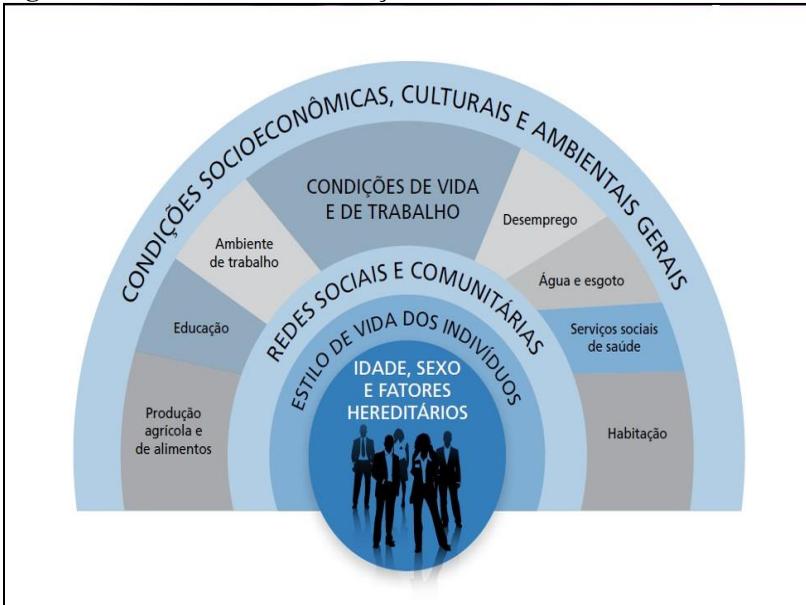
O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) de Mendes (2012) foi desenvolvido influenciado por três modelos de

atenção prévios: 1) CCM; 2) Modelo da Pirâmide de Riscos e 3) Modelo de determinação social da saúde, sendo adaptado às singularidades da realidade do sistema público de saúde brasileiro.

O Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR) foi desenvolvido por uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos e vem sendo utilizado em diversos países. O MPR foca na estratificação dos riscos da população e define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Por sua vez, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso (PORTER; KELLOG, 2008).

A pirâmide configura-se de acordo com os níveis de complexidade da população que possui uma condição crônica, sendo assim estratificada: nível 1, são pessoas que apresentam condição simples, estão na base da pirâmide e correspondem a 70-80% da população; nível 2, corresponde a 20-30% e são pessoas que apresentam condição complexa; e nível 3, são pessoas que apresentam condição altamente complexa, perfazendo 1% a 5% dessa população (PORTER; KELLOG, 2008).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (2007), conhecido como Modelo de Determinação Social da Saúde, inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro-determinantes. O modelo enfatiza as interações, nas quais os estilos de vida individuais estão envolvidos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, que, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica e cultural (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Figura 2 – Modelo de Determinação Social da Saúde

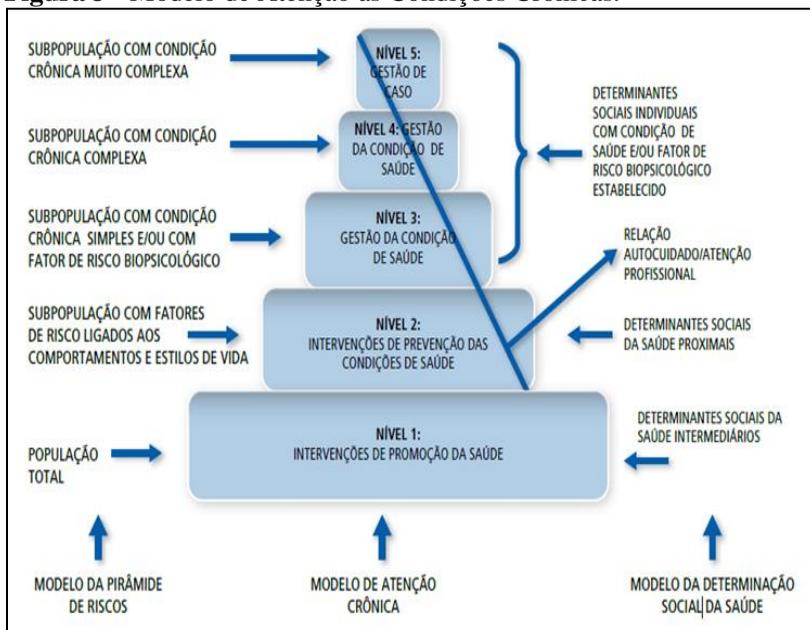
Fonte: MENDES (2012, p. 165).

No Modelo de Determinação Social da Saúde, os indivíduos estão no centro do modelo, levando-se em consideração suas características de idade, sexo e herança genética, que ocasionam influência sobre seu potencial e suas condições de saúde (nível ou camada 1). Envolvendo os indivíduos, estão seus comportamentos e os estilos de vida individuais (nível ou camada 2). Destaca-se a influência das redes sociais, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo (nível ou camada 3). No próximo nível, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, de exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e de menor acesso aos serviços sociais (nível ou camada 4). Com grande influência sobre as demais camadas subjacentes estão os macrodeterminantes, como as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes

supranacionais como o processo de globalização (nível ou camada 5) (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Didaticamente, o MACC (Figura 3) foi esquematizado em três colunas: na coluna da esquerda, conforme o MPR, está a população estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, pautado no Modelo de determinação social da saúde, estão os níveis de determinação social da saúde. Na coluna do meio estão os níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica, relativo à influência do CCM (MENDES, 2012).

Figura 3 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Fonte: MENDES (2012, p.169).

O MACC é um modelo complexo e aconselha formas de atuação aos diversos aspectos intrínsecos às condições crônicas de saúde, como intervenções de promoção da saúde; prevenção de fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida; abordagens para o incentivo às mudanças de comportamento; superação da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; considera a atenção centrada na família; fortalecimento do

autocuidado apoiado; equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada; atenção multiprofissional; estabelece novas formas de relação entre a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Ambulatorial Especializada, dentre outros (MENDES, 2012).

Diante do exposto, percebemos que os diferentes modelos de atenção às condições crônicas possuem em comum a preocupação em fortalecer a prestação dos serviços de saúde à população numa perspectiva que envolve o macro sistema de saúde, com vistas a superar a fragmentação da atenção e da gestão em busca da integralidade dos diferentes âmbitos da atenção em saúde e integralidade das pessoas. Ambos os modelos, portanto, compartilham a busca de mudanças no sistema de saúde que efetivamente tragam resultados no combate à crescente prevalência das condições crônicas.

Para isso, cada um dos modelos, com seus próprios componentes estruturais, políticos e culturais é convergente ao destacar a importância de aspectos como: atenção aos fatores de risco e prevenção das doenças crônicas, gerenciamento das condições crônicas, promoção da saúde, abordagem pessoa-centrada, autocuidado, equipe de saúde multidisciplinar pró ativa, sistema de informações, atenção à comunidade e aos determinantes individuais, sociais, econômicos e culturais.

3.5 MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Articulados aos modelos de atenção à saúde podem estar os Modelos de Cuidado de Enfermagem que, por não estarem bem definidos na literatura e na prática de enfermagem brasileira, incentivaram-nos a explorar seus conceitos e modos de fazer enfermagem.

A enfermagem trabalha hoje com práticas assistenciais antigas e novas no mesmo ambiente, tornando difícil a mudança de paradigma, pois tem como pano de fundo de suas ações assistenciais o modelo administrativo biomédico (KEMPFER et al., 2010; CAPRA, 2006). A globalização e a nova era do conhecimento, no entanto, oferecem à enfermagem um cenário próprio a seu desenvolvimento e a seu redimensionamento filosófico-teórico-prático, em que emergem inúmeras teorias, pressupostos e modelos de atendimento ao processo saúde/doença dos indivíduos (KEMPFER et al., 2010).

Kempfer et al. (2010) trazem a reflexão sobre a adoção das melhores práticas para que a enfermagem possa avançar no sistema de cuidado à saúde, gerando soluções novas para os problemas por meio de

uma visão mais abrangente e interativa entre o objeto de conhecimento e seu contexto, construindo um modelo de gestão da atenção e um modelo de cuidado de enfermagem que contemplem a qualidade de vida e as necessidades das pessoas em diversas dimensões.

Lunney (2011) discorre sobre a importância do uso de um modelo de cuidado de enfermagem para o raciocínio clínico, levando em consideração que enfermeiros pesquisadores utilizam as teorias de enfermagem, modelos ou desenhos como guias em suas pesquisas, no entanto, essa atitude nem sempre vem sendo praticada por enfermeiros da prática assistencial.

Os termos “teorias de enfermagem” e “modelos de cuidado de enfermagem” parecem ser utilizados de forma equivocada como sinônimos na literatura. Keck (2000) esclarece que modelo é uma representação esquemática de certos aspectos da realidade, enquanto que as teorias são modelos de certos fenômenos. Os modelos são especialmente úteis no desenvolvimento teórico, já que ajudam a selecionar os conceitos relevantes necessários para representar um fenômeno de interesse e a determinar as relações entre conceitos. Também permitem desenvolver os conceitos no papel antes de confrontá-los com a realidade. Além disso, auxiliam os enfermeiros no sentido de que eles oferecem uma explicação observável dos elementos que integram uma teoria. Assim, todas as teorias são modelos, mas nem todos os modelos são teorias (KECK, 2000).

Visando ao entendimento ampliado sobre os Modelos de Cuidados, do ponto de vista socioantropológico, os Modelos de Cuidados podem ser considerados processos dinâmicos que possuem graus variados de estruturação. Destacam-se, assim, duas premissas: a possibilidade de articulações teórico-metodológicas para subsidiar mudanças no ensino e nas práticas que contemplem esses modelos; e a permanente reflexão interdisciplinar e multiprofissional acadêmica, dos serviços e, se possível, das organizações comunitárias sobre o modo como se pensam e estruturam o cuidado e a atenção em saúde (OLIVEIRA, 2008).

De maneira mais específica e prática, segundo Carraro (2001)³, os Modelos de Cuidado instrumentalizam o planejamento científico e sistematizado das ações a serem desenvolvidas pelos integrantes da equipe de enfermagem, oferecendo suporte e direcionando o desempenho de atividades, o que contribui para a credibilidade e visibilidade da enfermagem. O Modelo de Cuidado embasado cientificamente conduz ao fazer reflexivo e à busca constante da melhoria da assistência prestada. Ele é um processo dinâmico, mutável e

criativo. Deve ter um referencial teórico claro, pois, assim, maior será a segurança do profissional enfermeiro, e maior será o direcionamento da equipe de enfermagem, culminando com uma assistência de enfermagem adequada às necessidades do ser humano assistido (CARRARO, 2001)⁴.

Rocha e Prado (2008) refletem sobre o significado do Modelo de Cuidado de Enfermagem e o definem como:

Uma estrutura do conhecimento de enfermagem formada por um marco referencial (ou marco teórico) e uma metodologia. Possui um nível de abstração inferior ao da teoria, pois pode ser derivado de uma ou mais teorias, além de apresentar uma contribuição filosófica e teórica, uma possibilidade de planejamento e sistematização do cuidado (ROCHA; PRADO, 2008, p.129).

Ao mencionar uma “estrutura do conhecimento de enfermagem”, as autoras (ROCHA; PRADO, 2008) referem-se à proposta de Fawcett (2005) que, diante da evolução da construção do corpo de conhecimentos da Enfermagem, diz que as estruturas científicas que o compõe possuem diferentes graus de abstração e são classificadas em ordem decrescente de abstração como: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos (FAWCETT, 2005).

Rocha, Prado e Silva (2012) complementam a definição de Modelo de Cuidado de Enfermagem, afirmando que ele propõe um desenho da realidade por meio da conceitualização e da proposição do seu conhecimento, incluindo também a proposição de um processo de cuidar que é representado, geralmente, por modelos esquemáticos utilizando caixas de texto, figuras geométricas e outros símbolos (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Em relação à estruturação dos modelos de cuidado, Rocha e Prado (2008) observam que a estrutura de um Modelo de Cuidado de Enfermagem deve ser composta por um marco referencial (ou marco teórico) que defina as referências teóricas e filosóficas do modelo e por uma metodologia que descreva o método de como o cuidado será realizado na prática de enfermagem.

⁴A autora utiliza no texto original o termo “modelo de assistência”, sendo que, de acordo com sua descrição, o compreendemos como sinônimo de “modelo de cuidado”.

Quanto à elaboração de um Modelo de Cuidado de Enfermagem, a literatura também é escassa. Segundo Rocha e Prado (2008), o primeiro passo para o desenvolvimento de um modelo de cuidado é a preocupação do pesquisador em relação a um tema a ser desenvolvido, que pode surgir de sua prática ou conhecimento prévio sobre o assunto. Essa preocupação torna-se a questão de pesquisa, que deve ser concisa, consistente, aplicável e lógica. Ao surgir a preocupação, também surgem o sujeito e o ambiente onde irá se desenvolver o modelo de cuidado.

Em seguida, o pesquisador deve realizar uma revisão de literatura, verificando o panorama global do tema escolhido, e delimitar os objetivos do estudo. Nesse momento, ocorre simultaneamente a identificação do eixo teórico-filosófico e do desenvolvimento de um marco referencial (ou marco teórico). O pesquisador também começa a desenvolver a metodologia de forma teórica e sistemática (ROCHA; PRADO, 2008).

Na reflexão de Rocha e Prado (2008), quatro etapas para a elaboração de um modelo de cuidado estão descritas de forma bem detalhadas, sendo que destacam em relação ao marco referencial e à metodologia que:

A construção um marco referencial (ou marco teórico) é feita durante todo o processo de construção do modelo de atenção. Na primeira fase, o marco referencial é selecionado, refletido e pré-elaborado. Na segunda etapa, é desenvolvido e implementado, na terceira, testado e implementado, e na quarta etapa, reavaliado. Os conceitos e pressupostos do marco referencial (ou marco teórico) podem ser tomados ou retrabalhados conforme necessário, até que se obtenha a ideia central do estudo e se fundamente a prática de maneira adequada. A metodologia também é descrita no primeiro passo, no entanto, o seu desenvolvimento ocorre, principalmente, na segunda etapa, quando já existe interação entre o pesquisador e o objeto de estudo, e quando ele está totalmente desenvolvido. Na terceira etapa, o pesquisador tem a oportunidade de aperfeiçoar a metodologia proposta e mudar seus métodos. A metodologia deve se adequar ao eixo teórico e filosófico, bem como para as necessidades de cuidados dos sujeitos da pesquisa. Na quarta etapa é metodologia reavaliada (ROCHA; PRADO, 2008, p.131).

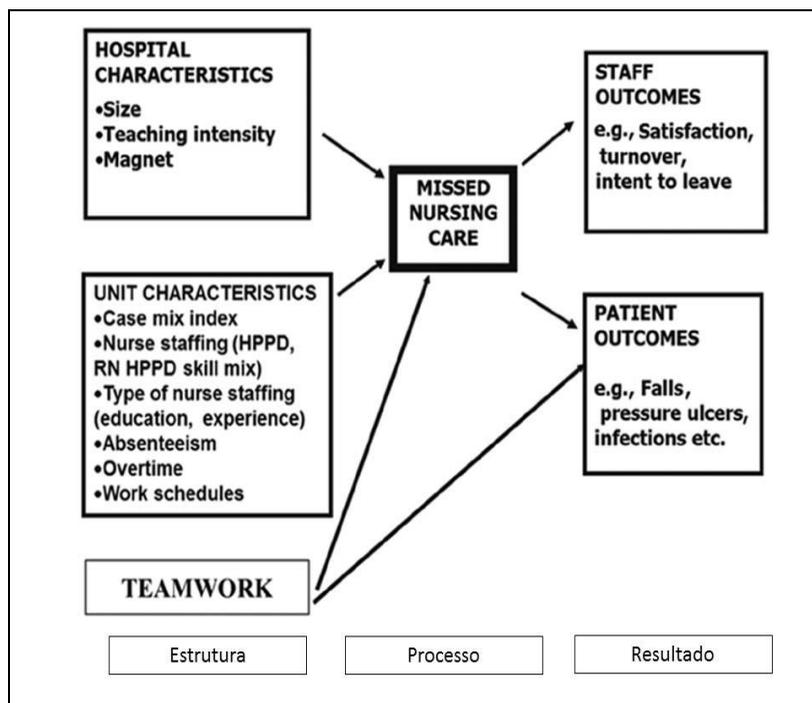
Rocha, Prado e Silva (2012) sugerem, ainda, que a elaboração de um Modelo de Cuidado de Enfermagem pode ser realizada por meio de processos diferentes, desde que sigam a lógica do raciocínio, seja indutivo, dedutivo ou indutivo-dedutivo. A escolha do método lógico está diretamente relacionada à concepção de cuidado e ao referencial teórico do enfermeiro. Nesse sentido, por acreditar que um modelo de cuidado deve contemplar o pragmatismo com o cientificismo e considerar o ser humano de modo holístico, a lógica indutiva-dedutiva pode ser o melhor caminho para a elaboração de um modelo, já que sua proposição se alicerça na realidade concreta dos sujeitos envolvidos (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

No cenário da enfermagem internacional os Modelos de Cuidado de Enfermagem estão voltados especialmente para a definição das funções/responsabilidades dos enfermeiros, avaliação da qualidade e impacto do trabalho desenvolvido, entre outros temas, na perspectiva de orientar a prática de enfermagem. São construídos através de diferentes métodos de pesquisas, como por exemplo, pela teoria fundamentada nos dados, métodos mistos, revisões de literatura, raciocínio lógico ou consensos de grupos de pessoas.

Vamos discorrer brevemente sobre alguns Modelos de Cuidado de Enfermagem internacionais visando à inspiração para o nosso Modelo em relação ao raciocínio para o desenvolvimento e componentes estruturais, bem como para esclarecer e fundamentar a compreensão acerca de Modelos de Cuidado de Enfermagem.

O *Missed Nursing Care Model* (Figura 4), por exemplo, é um Modelo de Cuidado de Enfermagem organizado com base na tríade Processo-Estrutura-Resultado proposta por Donabedian (1988, 1990, 2003). O “*missed nursing care*” ou “cuidado de enfermagem esquecido” é definido como qualquer aspecto do cuidado de enfermagem requerido pelo paciente que é omitido (em parte ou totalmente) ou retardado/atrasado (KALISCH, LANDSTROM, HINSHAW, 2009). Esse modelo contém os três conceitos: estrutura (exemplos: hospital ou unidade de cuidados do paciente e características da equipe de enfermagem ou da equipe de trabalho); processo (cuidados de enfermagem omitidos ou atrasados); e resultados (resultados da equipe de trabalho, incluindo a satisfação no trabalho com a posição atual e com a ocupação, e os resultados dos pacientes, como quedas de pacientes, as taxas de infecção e prevalência de úlceras por pressão) (DONABEDIAN, 1988; KALISH, XIE, 2014).

Figura 4 - *The missed nursing care model*. HPPD = hours per patient day; RN = registered nurse.



Fonte: Retirado de Friese; Kalisch; Lee, 2013 e Kalish, Xie, 2014.

Esse Modelo tem sido utilizado como referencial teórico para pesquisas em diferentes cenários ou serviços de saúde visando conhecer os aspectos a serem enfrentados para a redução dos cuidados de enfermagem omitidos ou atrasados e aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem (FRIESE; KALISCH; LEE, 2013; KALISH; XIE, 2014).

Cormack et al (2007) descreve o processo de desenvolvimento e implementação do *Nursing Care Delivery Model for Geriatric Rehabilitation*. Segundo os autores, no Centro de Cuidados de Saúde *St Joseph's Health Care*, em Londres, Ontário/Canadá, formado por três Unidades (Unidade de avaliação geriátrica, Unidade de reabilitação geriátrica e Unidade Musculoesquelética), onde cada uma tinha um Modelo distinto de prestação de cuidados de enfermagem e um conjunto de valores e filosofias, percebeu-se a necessidade da fusão das Unidades

e a criação de uma visão comum e um único Modelo de Cuidado de Enfermagem (CORMACK et al, 2007).

A lacuna na literatura acerca de suporte para um Modelo de Cuidado de enfermagem específico para a população idosa no ambiente de reabilitação exigiu o desenvolvimento de um Modelo projetado para atender as necessidades da equipe de enfermagem, pacientes e famílias para a prestação de cuidados de qualidade (CORMACK et al, 2007).

As justificativas para a criação de um novo Modelo de Cuidado de Enfermagem para a reabilitação geriátrica relacionaram-se à falta de clareza quanto à responsabilidade profissional das enfermeiras de cada setor, aos dados de uma pesquisa de satisfação mostrando que os pacientes estavam repetindo as mesmas informações para diferentes profissionais da equipe e a educação em saúde não estava ocorrendo antes da alta. Outra pesquisa conduzida na Unidade de reabilitação geriátrica e Unidade musculoesquelética mostrou que não havia continuidade do cuidado, faltava o compartilhamento de informações entre os profissionais da equipe de saúde, além de aumento na incidência de erros de medicação. O impulso final para mudança foi o resultado de um inquérito sobre a avaliação do ambiente de trabalho acerca do trabalho em equipe, tomada de decisões, clareza no papel de cada profissional, responsabilidade e comunicação. A grande maioria das pessoas da equipe de enfermagem informou que a falta de responsabilização para assegurar o sucesso da experiência de reabilitação e planejamento de alta foi a maior frustração e precisavam ser abordadas para garantir resultados ótimos aos pacientes. Entrevistas individuais foram realizadas com a equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, ocupacional terapeutas, assistentes sociais, médicos) para identificar desafios e prioridades para o novo modelo de cuidado, revelando o desejo para um modelo baseado na responsabilização do atendimento (CORMACK et al, 2007).

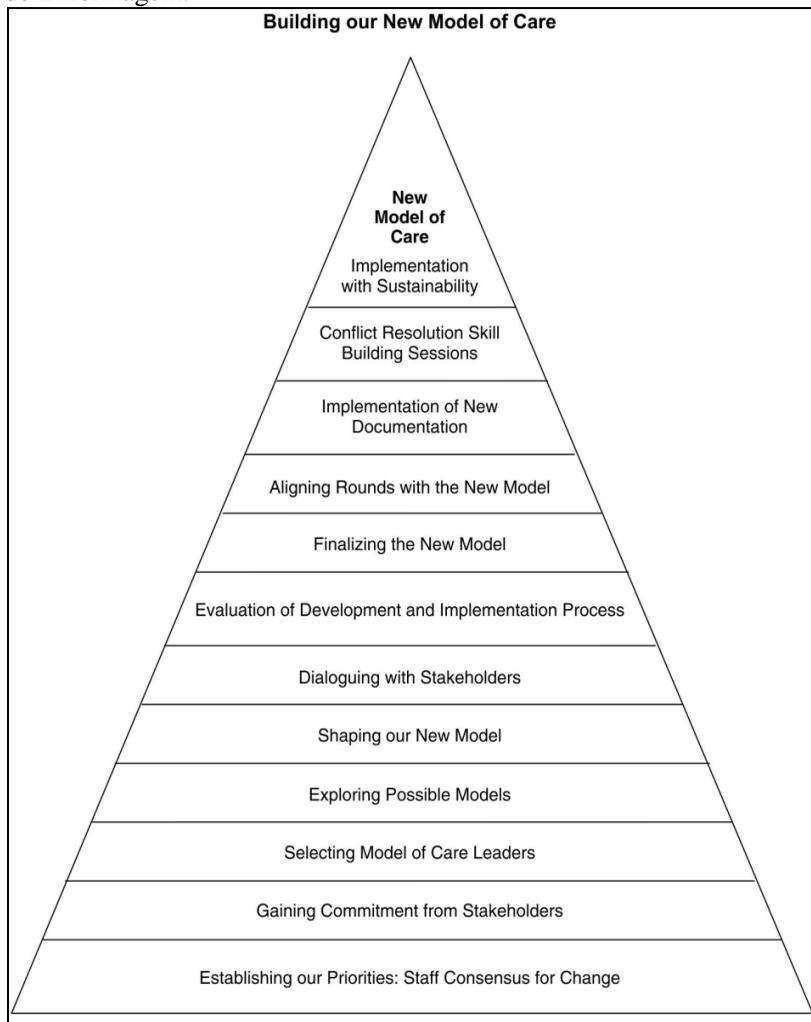
O processo de desenvolvimento e implementação de mudanças na prática foi baseado na abordagem de gestão participativa, na qual enfermeiros com diferentes titulações (enfermeiras registradas, auxiliares de enfermagem, enfermeiros clínicas) e outros profissionais (equipe de apoio, atendentes não regulamentados, secretários e administrativos) foram ativamente envolvidos na definição das suas funções, responsabilidades e desenvolvimento do novo Modelo (CORMACK et al, 2007).

Foi formado um grupo de enfermeiras selecionadas democraticamente, com representantes das enfermeiras registradas e auxiliares de enfermagem de cada Unidade. As líderes encontraram-se

regularmente por cinco meses discutindo o novo modelo e estratégias para sua implementação e manutenção/sustentabilidade. O grupo escolheu um modelo de cuidado, desenvolveu a descrição de papéis (*primary nurse, associate nurse, geriatric resource nurse*) enfatizando suas responsabilidades/funções em cada Unidade, e buscou assegurar que o modelo abordasse todos os aspectos da **continuidade dos cuidados**. A continuidade dos cuidados envolvia desde a pré-admissão, admissão, planejamento da assistência e implementação até a alta e acompanhamento pós-alta (CORMACK et al, 2007). A Figura 5 ilustra o plano realizado para o desenvolvimento e a implementação do novo Modelo de Cuidados de Enfermagem.

Na reabilitação geriátrica, devido ao longo tempo de internação na Unidade e cuidados contínuos, o modelo de cuidado de enfermagem deveria ser aquele que permitisse aos enfermeiros interagir com os pacientes para alcançar seus objetivos, bem-estar e qualidade de vida. Com essa finalidade, destacou-se a abordagem do **cuidado centrado no paciente** (CORMACK et al, 2007).

Figura 5 - O processo de desenvolvimento do novo Modelo de Cuidado de Enfermagem.



Fonte: CORMACK et al (2007, p. 284).

A implementação do novo modelo de cuidado foi multifacetada, incluindo a comunicação formal e sessões de informação para todos os membros da equipe para compartilhar o progresso, solicitar *feedback* e determinar os próximos passos relativos à implementação e sustentabilidade.

A avaliação do novo Modelo de Cuidado ocorreu através de entrevistas realizadas com pessoas-chave, obtendo uma amostra proposital de 11 membros da equipe de saúde. Os objetivos destas entrevistas foram: obter informações detalhadas sobre as percepções da equipe sobre o novo Modelo de Cuidado, particularmente relacionadas com o processo de desenvolvimento e implementação; identificar potenciais desafios; identificar fatores que contribuiriam para o sucesso do modelo; e identificar os potenciais impactos sobre a qualidade de cuidado, satisfação no trabalho e responsabilidade. Foi realizada a análise qualitativa dos dados. No geral, os resultados foram favoráveis. O processo de tomada de decisão foi avaliado por uma equipe de profissionais da saúde e contribuiu o engajamento e compromisso com o novo modelo. Muitos desafios importantes para o sucesso da implementação do novo modelo foram identificados, por exemplo, desafios logísticos (duração dos turnos, horários da equipe, esclarecimentos de papéis/funções, documentação e questões de treinamento) que foram superados com uma análise mais aprofundada e *brainstorming*. Os desafios mais difíceis de superar foram questões de longa data relacionadas com a moral, a resistência da equipe à mudança e relacionamentos. Embora o novo modelo de cuidados de enfermagem tenha sido projetado para resolver problemas de enfermagem, o modelo impactou a todos os membros da equipe de saúde (CORMACK et al, 2007).

Portanto, o *Nursing Care Delivery Model for Geriatric Rehabilitation* foi desenvolvido como um híbrido dos modelos “Enfermagem primária” (*primary nurse*) e de “Enfermagem modular” (*associate nurse*), incorporando o papel do enfermeiro geriátrico (*geriatric resource nurse*) para maximizar a responsabilização e a continuidade dos cuidados, sendo construído, implementado e avaliado de forma participativa e fundamentado especialmente no cuidado centrado no paciente, continuidade dos cuidados, responsabilidade profissional e trabalho em equipe para o seu pleno funcionamento no âmbito da prática (CORMACK et al, 2007).

Destacamos também o *Renal Nursing Professional Practice Model* que foi desenvolvido em 1997, no Canadá, através da formação de um grupo específico para estudar Modelo de Cuidados de Enfermagem no intuito de desenvolver uma estrutura para orientar o sistema de prestação de cuidados de enfermagem em um hospital de corporação recém-fundado. Esse grupo foi constituído por enfermeiros experientes e motivados acerca do programa renal e se reuniram para desenvolver um modelo de prática profissional de enfermagem

integrada. O desafio era articular claramente os papéis e relacionamentos entre profissionais de enfermagem, médicos e enfermeiros especialistas em um ambiente em constante mudança. Este processo proporcionou a oportunidade de identificar as principais tendências que influenciam o cuidado renal e possibilidades para mudar a prática (LAWRENCE-MURPHY et al, 2000).

O *Renal nursing professional practice model* definiu valores, orientações práticas, relações profissionais e o modo de prestação de cuidados (HARWOOD et al, 2003). A criação de redes das corporações foi reforçada, parcerias foram formadas e um senso de valor para o trabalho a ser realizado foi desenvolvido (LAWRENCE-MURPHY et al, 2000).

O *Renal nursing professional practice model*, em vigor desde 1999, tem fornecido oportunidades para discutir e articular uma visão para a prática de enfermagem com base nos valores de responsabilidade, cuidados com base em evidências e capacitação, valoriza as relações terapêuticas e o reconhecimento da natureza colaborativa da equipe multidisciplinar (LAWRENCE-MURPHY et al, 2000; HARWOOD, DOWNING, RIDLEY, 2013).

Nos anos seguintes, o *Renal nursing professional practice model* passou a ser implementado e avaliado em outras instituições de saúde, como por exemplo, numa Unidade de Diálise vinculada ao Centro de Ciências da Saúde de Londres/Ontário, onde as experiências com o uso do Modelo convergiram para a melhora dos resultados dos pacientes e aumento da satisfação dos pacientes e dos profissionais da equipe de saúde, sendo que a liderança e o trabalho em equipe contribuíram para o sucesso da implementação do Modelo (BEVAN, 2003).

Um hospital de ensino de base universitária no Canadá também examinou o efeito do uso do *Renal nursing professional practice model* através da percepção das enfermeiras discutindo temas acerca de empoderamento, características de ambientes favoráveis à prática e o impacto sobre os resultados dos cuidados de enfermagem. Destacou-se a importância de conhecer o paciente e família, consistência e continuidade de cuidados, autonomia ou tomada de iniciativa, satisfação e responsabilidade das enfermeiras, e, em relação ao sistema/ambiente: atribuições, apoio e comunicação. O estudo apontou o Modelo como uma estrutura eficaz para impactar positivamente nos resultados de enfermagem e resultados dos pacientes em uma unidade de hemodiálise, com melhoria dos cuidados de enfermagem e nas relações organizacionais (HARWOOD et al, 2007a; HARWOOD et al, 2007b).

Diante das considerações expostas, compreendemos que a proposição de Modelos de Cuidado de Enfermagem na realidade brasileira é necessária e representa um importante alicerce para o cuidado profissional de enfermagem, colaborando com a consolidação do corpo de conhecimentos, pois a teorização do cuidado contribui para a sua sistematização e sintoniza os cuidados desenvolvidos com as necessidades reais das pessoas cuidadas. O seu desenvolvimento e implementação cooperam com a prática reflexiva que permite ao enfermeiro propor modos de cuidado aderentes à realidade da sua prática e favorecem a avaliação dos resultados das suas ações (ROCHA, PRADO, SILVA, 2012).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O desenvolvimento do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM Hospitalizadas teve como **pressupostos**:

- A atenção as pessoas com DM tem como orientação: o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; a integralidade da assistência na rede de serviços de saúde; a integralidade das pessoas; e a humanização no relacionamento pessoa-profissional.

- As pessoas e suas famílias/cuidadores são o núcleo do Cuidado de Enfermagem e o ponto de partida dos profissionais enfermeiros ao iniciar o processo de atenção à saúde, que deve levar em consideração seu contexto de vida, com ênfase nas suas características pessoais, comportamentos, estilos de vida, condições de saúde, redes sociais e determinantes globais (condições econômicas, culturais e ambientais).

- A hospitalização é um momento propício para atuação dos profissionais voltada às ações de educação em saúde e promoção da saúde, em associação/articulação com a atenção primária e especializada, principais fontes de suporte às pessoas que necessitam aprender a manejar as complexas condições crônicas de saúde que vivenciam.

Visando ao desenvolvimento de um Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, buscamos como referências o arsenal de conceitos que compõe o referencial teórico do NUCRON.

O NUCRON é um grupo de pesquisa vinculado ao Departamento do curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC) e está cadastrado no Diretório Nacional de Grupos de Pesquisa do CNPq. Foi criado em 1987 e, atualmente, é coordenado por uma líder e uma vice-líder, ambas professoras doutoras do PEN/UFSC. São integrantes do grupo: alunos de graduação, mestrado e doutorado em enfermagem, além de profissionais da saúde das áreas de enfermagem, educação física e fisioterapia.

No decorrer dos 29 anos de sua existência, os membros do NUCRON têm desenvolvido uma rica produção científica relacionada aos diversos aspectos que envolvem a cronicidade. Essa produção tem gerado conhecimentos acerca do viver com uma condição crônica e

também refinado a compreensão de alguns conceitos envolvidos na atenção em saúde e enfermagem.

Como resultado desse conhecimento gerado e da posição dos integrantes desse grupo de pesquisa acerca de como compreendem a cronicidade e outros conceitos que orientam a prática de atenção em saúde, especialmente focalizando a enfermagem, foram estabelecidos alguns conceitos que vêm orientando tanto a prática assistencial quanto as pesquisas que são realizadas pelos integrantes do NUCRON.

Conceitos são palavras ou frases que sumarizam as características essenciais ou propriedades de um fenômeno (FAWCETT, 1999). Epistemologicamente, conceitos são coisas que são captadas ou compreendidas e tornam-se crenças ou conhecimentos que as pessoas têm sobre o mundo (EARL, 2015).

Consideramos que “conceitos” são partes essenciais de qualquer Modelo de Cuidado de Enfermagem, pois esclarecem teoricamente os julgamentos ou apreciações sobre aspectos-chave específicos (fenômenos) que compõem o Modelo de Cuidado de Enfermagem, favorecendo sua compreensão como um todo. Eles indicam sob qual perspectiva teórica os profissionais de saúde observam e desenvolvem as ações práticas no cuidado em saúde, ou, conforme uma analogia simples, “com quais olhos os profissionais da saúde devem olhar” as pessoas/pacientes e os cuidados em saúde a serem desenvolvidos.

Segundo Rocha e Prado (2008), o referencial teórico baseia-se em conceitos e pressupostos definidos a partir de crenças e valores e do posicionamento do investigador diante do tema. Reflete seu mundo de significações, a forma como se realiza o cuidado no cotidiano e como pretende abordar o tema nos estudos. O referencial teórico, portanto, fundamenta as ações e orienta o cuidado como um todo. Sua construção teórica e filosófica exige a busca de conhecimento através de leituras e releituras sobre o tema que está sendo estudado (ROCHA; PRADO, 2008).

O processo de construção conjunta dos conceitos que formam o referencial teórico do NUCRON pelos integrantes do grupo foi iniciado na década de 1990 e vem sendo discutido periodicamente.

Para isso, foram realizadas discussões para a revisão dos conceitos anteriores em conceitos mais adequados à atual realidade do grupo. Foram realizados quatro encontros entre os meses de maio a julho de 2014, em sala reservada, com leituras, releituras e rodas de discussões pautadas em autores da literatura. Participaram dos encontros quatro membros do NUCRON, sendo uma delas a pesquisadora principal desse estudo; duas docentes líderes do grupo e uma aluna do

curso de Doutorado em Enfermagem. Em seguida, houve a exposição dos conceitos pré-elaborados nesses encontros ao grande grupo (com participação de todos os integrantes do NUCRON) e, através de apresentação audiovisual, discussão e consenso grupal, houve o refinamento e a aprovação final dos conceitos, concretizando o “Referencial Teórico do NUCRON (1987-2014)”.

Os conceitos do NUCRON que formam os pilares do referencial teórico para o desenvolvimento do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas são:

- ser humano/pessoa;
- processo saúde-doença;
- condição crônica;
- promoção da saúde;
- cuidado em saúde (abordando a Interdisciplinaridade, Integralidade e Humanização);
- cuidado em enfermagem (composto pelas Dimensões Clínica, Educativa, Gerencial).

Ressaltamos que, no percurso dinâmico do desenvolvimento do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas, especialmente com a busca de fundamentação teórica para a construção do Modelo e diante das experiências vivenciadas no “Doutorado Sanduíche” desenvolvido nos Estados Unidos pela pesquisadora principal, onde houve a participação em congressos e simpósios de enfermagem, foi percebida a valorização da abordagem denominada “cuidado centrado no paciente/pessoa e família”, levando-nos a acrescentar esse termo como importante referência teórica para o desenvolvimento do nosso Modelo de Cuidado de Enfermagem.

Assim, decidimos apresentar o conceito de “Cuidado centrado na pessoa/paciente e família” associado aos demais conceitos do NUCRON, por considerarmos que ele trará contribuições para as ações do cuidado de enfermagem às pessoas/pacientes que vivenciam a cronicidade. Para isso, retomamos o referencial teórico inicial e acrescentamos o conceito denominado **Cuidado centrado na pessoa e família**.

Além desses conceitos, a pesquisadora principal e sua orientadora elaboraram um conceito próprio para o termo **Pessoa com DM hospitalizada**, por tratar-se da população alvo desse estudo, tendo por base as experiências e os demais conceitos definidos pelo grupo de pesquisas NUCRON.

Apresentamos, a seguir, os conceitos, tomando-os como referências teóricas que embasaram e iluminaram o desenvolvimento do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas.

4.1 SER HUMANO/ PESSOA

O ser humano adulto/idoso é compreendido como uma totalidade dinâmica, singular, em constante interação com o contexto familiar e social nos quais se insere. Como pessoa, é um ser integral, histórico, político, social, cultural, relacional e de comunicação, que aspira à liberdade e à equidade. Tem capacidade de agir e interagir a partir de seus conhecimentos, vivências, valores sociais e culturais. Tem capacidade de reflexão sobre a realidade e expressão de criatividade nas escolhas e decisões sobre sua condição de vida e saúde. No processo de viver, pode desenvolver uma condição crônica que traz mudanças em suas vidas e requer enfrentamentos (MACHADO et al., 2007; HORTA, 1979).

4.2 PESSOA ADULTA/IDOSA COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADA

É um ser humano adulto/idoso que, devido a alguma alteração no processo saúde/doença, necessita passar por um período de cuidados profissionais em ambiente hospitalar. Nesse momento, insere-se em uma instituição, onde precisa conviver com pessoas que podem ser desconhecidas. Nem sempre possui a disponibilidade de familiares ou amigos para o acompanhar no enfrentamento dessa situação.

A hospitalização acaba por se integrar como parte da trajetória da vida da pessoa e, apesar do possível estresse e dificuldades advindas desse momento, pode ser encarada de forma positiva, se vista como um momento de reflexão e aprendizagem quanto ao manejo da condição de saúde, o que pode gerar mudanças significativas em sua qualidade de vida após a alta hospitalar.

4.3 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O processo saúde-doença tem como referência a concepção do ser humano/pessoa sobre a sua percepção da condição de “ser/estar saudável” ou “ser/estar doente”, e pode ser influenciada pelo contexto em que vive, nos seus aspectos pessoais, culturais, históricos e socioambientais. Nesta perspectiva, o ser humano/pessoa pode ser

saudável, mesmo com uma condição crônica, ao manter o equilíbrio dinâmico sobre sua saúde (BRASIL, 1986; BORUCHOVITCH, MEDNICK, 2002; SILVA et al., 2013).

4.4 CONDIÇÃO CRÔNICA

Condição crônica é considerada como uma circunstância na saúde das pessoas. Apresenta-se de forma mais ou menos persistente, suscitando enfrentamentos e respostas sociais reativas ou proativas; episódicas ou contínuas; e fragmentadas ou integradas envolvendo as pessoas, suas famílias, os profissionais de saúde e os sistemas de atenção à saúde, bem como toda a sociedade (MENDES, 2012).

A condição crônica desenvolve-se por múltiplos fatores (hereditariedade, estilo de vida, sociedade, ambiente e fisiológicos) e apresenta tempo de duração longo, necessidade de cuidados específicos, considerando o contexto em que os seres humanos/pessoas vivem e a fase do ciclo vital em que se encontram (MENDES, 2012). É multidimensional e pode gerar necessidades de mudanças na vida dos seres humanos/pessoas, suas famílias, comunidade e sociedade em geral, implicando num contínuo gerenciamento da condição crônica de saúde, podendo ocasionar impacto pessoal, social e econômico significativos (OMS, 2003).

4.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE

É um processo de empoderamento das pessoas e de sua comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde. Envolve potencializar a capacidade individual e coletiva para negociar com a complexidade diante da multiplicidade de fatores envolvidos na condição de saúde nos diferentes momentos do ciclo vital. Vai além da aplicação de normas e técnicas, buscando o enfoque no fortalecimento da saúde pela construção da capacidade de escolha, usando o conhecimento para perceber diferenças e singularidades necessárias para o viver saudável.

A promoção da saúde está associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Envolve uma combinação de estratégias desenvolvidas pelo Estado (políticas públicas saudáveis), comunidade, pessoas, sistema de saúde e parcerias intersetoriais, trabalhando com a ideia de responsabilização múltipla e compartilhada (BUSS, 2003).

4.6 CUIDADO EM SAÚDE

O cuidado em saúde envolve diferentes áreas do conhecimento que se interrelacionam e interagem no processo de viver, adoecer e morrer. É desenvolvido para o ser humano/pessoa em sua totalidade e singularidade; é sensível, compartilhado e construído em parcerias entre profissionais, pessoas em condição crônica, família, comunidade, sociedade e Estado (MACHADO et al., 2007). Portanto, envolve a interdisciplinaridade, a integralidade, a humanização do cuidado em saúde e a valorização do cuidado centrado no ser humano/pessoa/paciente e familiares.

4.6.1 Interdisciplinaridade

Caracteriza-se por distintos saberes articulados em um projeto comum, no qual cada profissional envolvido busque estratégias para a construção de uma atuação que contemple as múltiplas dimensões presentes nas questões da saúde e contribua para a promoção da saúde e integralidade do cuidado (FISCHBORN et al., 2013).

4.6.2 Integralidade

A integralidade permite a identificação das pessoas como totalidades dinâmicas, ainda que não seja alcançável em sua plenitude, considerando as dimensões possíveis de intervenção do profissional diante da complexidade do cuidado em saúde (MACHADO et al., 2007). Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas ou grupos/coletividade considerando a pessoa usuária do serviço de saúde como um sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO et al., 2007). Envolve ações promocionais, preventivas e assistenciais desenvolvidas por profissionais com uma compreensão mais abrangente das potencialidades e problemas de saúde, reconhecendo o ser humano/pessoa em seu contexto de vida (ALVES, 2005).

4.6.3 Humanização

A humanização do cuidado em saúde é um processo complexo que envolve a necessidade de compreensão do ser humano/pessoa em seu contexto de vida. A humanização pode ser compreendida como o

cuidado em saúde que promove a troca de saberes, permeada por um diálogo horizontal que valoriza a escuta e respeita as decisões do outro, numa perspectiva da corresponsabilidade e resolutividade do cuidado à saúde (MARTINS, 2008). A humanização envolve o acolhimento como uma ação de aproximação, um “estar com”, envolvendo uma atitude de inclusão contínua. O acolhimento favorece o vínculo do profissional de saúde com o ser humano/pessoa, com laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre os envolvidos através da produção de relações de escuta, de diálogo e de respeito (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

4.6.4 Cuidado Centrado na Pessoa e Família⁵(CCPF)

Cuidados Centrados na Pessoa envolve

uma abordagem holística (bio-psico-social-espiritual) para a prestação de cuidados que é respeitosa e individualizada, permitindo negociação no cuidado e oferecendo escolhas através de uma relação terapêutica onde as pessoas são empoderadas para estarem envolvidas nas decisões de saúde em qualquer nível que desejar aquele indivíduo que está recebendo os cuidados (MORGAN; YODER, 2012, p. 8).

Buscando esforços para melhorar a qualidade e a segurança em saúde, gerentes de cuidados de saúde, cada vez mais, percebem a importância de incluir uma perspectiva, há muito tempo ausente na saúde: a perspectiva das pessoas e seus familiares. A experiência de cuidar, como percebido pelo paciente e pela família, é um fator chave na qualidade e segurança em saúde (INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE, 2011).

O CCPF é uma abordagem que procura trazer as perspectivas dos pacientes e dos familiares diretamente no planejamento, realização e

⁵O termo “cuidado centrado no paciente e família” foi substituído por “cuidado centrado na pessoa e família”, sendo que estamos considerando o “paciente” do ponto de vista dos conceitos apresentados de “ser humano” e de “pessoa com DM hospitalizada”.Morgan e Yoder (2012) observaram que, mesmo a palavra “pessoa” no Cuidado Centrado na Pessoa sendo usada de forma intercambiável com os termos “paciente”, “cliente” ou “residente”, a intenção do cuidado realizado é congruente entre as várias expressões. Foi mantido o termo “paciente” ao longo do texto somente quando citamos autores que o utilizam.

avaliação dos cuidados de saúde, e, assim, melhorar sua qualidade e sua segurança. Estudos mostram cada vez mais que, quando os administradores/gerentes de saúde, profissionais de saúde, famílias e pacientes trabalham em parceria, a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde aumentam, os custos diminuem e aumenta a satisfação do paciente e da família (INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE, 2011).

Segundo o *Institute for Family-Centered Care* (2011), quatro núcleos fundamentais guiam o desenvolvimento do CCPF:

- **Dignidade e respeito** - Profissionais de saúde ouvem e reconhecem as perspectivas e escolhas dos pacientes e suas famílias. Os conhecimentos, valores, crenças e origens culturais do paciente e família são incorporados ao planejamento e prestação de cuidados.
- **Compartilhamento de informações** - Profissionais de saúde comunicam e compartilham informações completas e imparciais com os pacientes e familiares de maneira afirmativa e útil. Pacientes e famílias recebem informações oportunas, completas e precisas para participar efetivamente nos cuidados e na tomada de decisão.
- **Participação** - Pacientes e famílias são incentivadas e apoiadas em participar nos cuidados e na tomada de decisões ao nível que escolherem.
- **Colaboração** - Pacientes, famílias, profissionais de saúde e líderes de cuidados de saúde colaboram no desenvolvimento, implementação e avaliação de programas e políticas; na concepção da instalação; e na formação profissional, bem como no fornecimento dos cuidados (*INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE*, 2011, p. 02).

Percebe-se, assim, que a atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários/pessoas e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde (OMS, 2003). As interações pautadas na abordagem do cuidado centrado no paciente promovem a

adesão e conduzem a melhores resultados de saúde (BODENHEIMER et al., 2002; ROBINSON et al., 2008).

As características fundamentais do CCPF foram identificadas como o envolvimento do paciente no cuidado e a individualização do atendimento ao paciente, sendo que a prática eficaz do CCPF está relacionada à comunicação, tomada de decisão compartilhada e educação do paciente (ROBINSON et al, 2008).

As interações pautadas no CCPF envolvem as seguintes mudanças-chave na assistência em saúde:

- Respeitar aos valores e necessidades do paciente e da família.
- Encorajar os pacientes a expandir seu papel na tomada de decisões e comportamentos relacionados à saúde e auto-gestão.
- Comunicar-se com seus pacientes em uma forma culturalmente adequada, numa língua e num nível que o paciente compreenda.
- Fornecer suporte de auto-gestão em cada consulta/visita através de estabelecimento de metas e planejamento de ações.
- Obter *feedback* dos pacientes / familiares sobre a sua experiência de cuidados de saúde e usar essa informação para melhoria da qualidade (SAFETY NET MEDICAL HOME INITIATIVE, 2013, p.3)

Pensar no CCPF de forma mais contemporânea significa, portanto, usar essa abordagem com um olhar/maneira diferente, evoluindo “do paciente com autonomia” para “o paciente como membro ativo da equipe de saúde e que realmente possui autonomia”. É necessário, para isso, buscar desenvolver e implementar de fato a parceria do paciente e da família no plano de cuidados junto à equipe de saúde.

4.7 CUIDADO DE ENFERMAGEM

A enfermagem é desenvolvida pautada em conhecimentos técnicos e científicos; age no ensino, orientação, supervisão, recuperação, promoção e manutenção da saúde das pessoas; integra e interage com membros da equipe multidisciplinar de saúde (HORTA, 1979).

A enfermagem traz intrínseco à profissão o cuidado inserido num contexto histórico-social-institucional. É desenvolvido em relações interpessoais, compartilhando seus saberes na equipe de enfermagem, com outros profissionais e com as pessoas, suas famílias e comunidade no enfrentamento das situações de saúde e doença e na promoção da saúde. O cuidado de enfermagem abrange três dimensões: dimensão clínica/dimensão do cuidar, dimensão educativa e dimensão gerencial (KIRCHHOF, 2003).

Enfatizamos ainda que os **aspectos psicoemocionais e sociais**, que fazem parte do contexto de vida e saúde das pessoas, devem ser considerados como intrínsecos/presentes transversalmente nas três dimensões do cuidado de enfermagem, sendo aspectos fundamentais que também orientam a prática assistencial. Assim, não consideramos os aspectos psicoemocionais e sociais como “uma dimensão” do cuidar em enfermagem, mas sim, como integrando todas as suas dimensões.

4.7.1 Dimensão Clínica

A clínica na enfermagem se dá na inter-relação entre o raciocínio lógico/clínico, pautado no conhecimento científico, articulado com a vivência e com os saberes do ser humano/pessoa em condição crônica, considerando-o em sua totalidade. Envolve um olhar ampliado para o saber questionar, ouvir, interpretar, inspecionar, palpar, percutir, auscultar, mensurar, avaliar, relacionar e decidir, de maneira articulada e integrada, visando à identificação de alterações ou necessidades para a intervenção do profissional de enfermagem de forma sistematizada, numa relação dinâmica entre as pessoas envolvidas (OLIVEIRA et al., 2009).

O cuidado de enfermagem extrapola o caráter biofisiológico, perpassando por uma articulação com os saberes e necessidades do ser humano/pessoa em condição crônica, associando a formação profissional técnica-científica com a capacidade de relacionamento interpessoal.

4.7.2 Dimensão Educativa

A dimensão educativa do processo de trabalho da enfermagem ocorre em qualquer espaço de relação entre o enfermeiro e o ser humano/pessoa, inserido nos diversos contextos de cuidado, podendo ser individual ou coletiva.

A educação em saúde é compreendida como um caminho integrador do cuidar fundado em saberes técnico-científicos que se articulam aos saberes populares, filosóficos e religiosos. Está pautada na perspectiva da integralidade numa relação dialógica, horizontal, circular, criativa, lúdica, não-prescritiva, articulada, participativa e ativa. Contribui para o empoderamento dos seres humanos/pessoas, possibilitando-lhes realizar escolhas mais críticas em relação a sua saúde. Amplia as possibilidades do cuidado de si na perspectiva de um viver mais saudável em uma condição crônica.

A dimensão educativa do processo de trabalho da enfermagem ocorre em qualquer espaço de relação entre o enfermeiro e o ser humano/pessoa, inserido nos diversos contextos de cuidado, podendo ser individual ou coletiva.

A educação em saúde individual privilegia a singularidade de cada ser humano/pessoa, valoriza a individualidade e oferece privacidade. A educação em saúde em grupo é reconhecida como a interação entre dois ou mais seres humanos/pessoas com propósitos comuns, que se influenciam mutuamente na construção de um viver mais saudável. Pode ser utilizada com diferentes objetivos e em diferentes situações, visando à promoção da saúde.

A educação em saúde coletiva permite o compartilhamento de saberes e a troca das experiências, favorecendo a promoção da saúde e a convivência mais harmoniosa com sua condição de vida e saúde.

4.7.3 Dimensão Gerencial

A dimensão da gestão/gerencial no cuidado de enfermagem apresenta duas perspectivas dinâmicas e interligadas: o gerenciamento do cuidado e o gerenciamento do trabalho.

O gerenciamento do cuidado de enfermagem contempla o planejamento, a realização e a avaliação do cuidado, articulando a dimensão clínica com a dimensão educativa, de recursos humanos e materiais de forma que torne viável o cuidado de enfermagem para atender às necessidades dos seres humanos/pessoas em condições crônicas, família e comunidade.

O gerenciamento do cuidado de enfermagem conecta-se ao gerenciamento do trabalho de enfermagem numa relação de reconhecimento dos recursos necessários e dos recursos potenciais, considerando o contexto sócio-político-institucional de modo que os profissionais de enfermagem tenham condições técnicas, estruturais,

ambientais e relacionais para a realização dos cuidados (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Diante do exposto, cada um dos conceitos trouxe uma contribuição específica no desenvolvimento do Modelo de Cuidado de Enfermagem, sendo que se decidiu usar as Dimensões do Cuidado de Enfermagem apresentadas (dimensão clínica, dimensão educativa e dimensão gerencial) como uma referência para a organização estrutural de parte do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas.

Os conceitos apresentados refletem um mundo de significações para as práticas de cuidado em saúde e enfermagem, especialmente se considerados conjuntamente, inter-relacionados (e não isolados).

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica. Esse tipo de estudo envolve investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de instrumentos, técnicas ou métodos de pesquisa ou de prática. Portanto, o objetivo da pesquisa metodológica é desenvolver um instrumento efetivo e fidedigno que possa ser utilizado por outros (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; POLIT; BECK, 2011; POLIT; BECK, 2004).

Moresi (2003) refere-se à pesquisa metodológica como a elaboração de instrumentos de captação ou de manipulação da realidade. Está, portanto, associada a caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atingir determinado fim. Faz ainda parte da pesquisa metodológica o estudo dos paradigmas, as crises da ciência, os métodos e as técnicas dominantes da produção científica (DEMO, 2009).

As crescentes demandas por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados têm levado a um aumento do interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores. A maior parte dos estudos metodológicos são descritivos e não-experimentais e, frequentemente, focada no desenvolvimento de novos instrumentos. A pesquisa de desenvolvimento de instrumentos costuma envolver métodos complexos e sofisticados (POLIT; BECK, 2011; LOBIONDO-WOOD; HABER, 1994).

O pesquisador metodológico não está interessado na inter-relação de variável independente e variável dependente, mas, sim, na identificação de um constructo intangível para transformá-lo em tangível com ferramentas ou protocolos de observação. A pesquisa metodológica difere dos outros delineamentos de pesquisa, pois não inclui todos os passos clássicos do processo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 1994).

A escolha desse método de pesquisa é convergente ao que estamos propondo neste estudo de elaboração de um “Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas”, visando à busca por caminhos, maneiras ou estratégias para a sistematização do cuidado de enfermagem direcionado às pessoas com DM hospitalizadas, configurando-se, por isso, como uma pesquisa metodológica.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Por se tratar de um estudo metodológico com a intenção de elaboração de um constructo teórico a ser colocado em prática – o Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas – ele foi desenvolvido inspirado na dinâmica de funcionamento de um hospital geral específico (HU/UFSC), especialmente voltado às Unidades de Internação Médico-Cirúrgicas para pacientes adultos, tendo em vista a intenção de que o mesmo possa ser utilizado em quaisquer instituições hospitalares (públicas, privadas, filantrópicas ou outras).

5.3 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA METODOLÓGICA

Explicamos, a seguir, o caminho percorrido para o desenvolvimento desse estudo metodológico. O desenvolvimento desse Modelo de Cuidado de Enfermagem seguiu o processo de raciocínio lógico dedutivo-indutivo (BISHOP, 2002; LoBIONDE-WOOD; HABER, 2001), desenvolvido em quatro momentos.

5.3.1 Primeiro momento: definições conceituais

O **primeiro momento** foi o de definição conceitual para a composição de uma Base Teórica para o Modelo. Para isso, buscamos conceitos provenientes do referencial teórico do grupo de pesquisa NUCRON, que expressam como esse grupo pensa a enfermagem e o cuidado às pessoas em condição crônica, e que foram elaborados a partir de reflexões e resultados de pesquisas que esse grupo vem desenvolvendo ao longo dos últimos 28 anos de investigação. Os conceitos do NUCRON que passaram a integrar o Modelo foram: ser humano/pessoa; processo saúde-doença; condição crônica; promoção da saúde; cuidado em saúde(interdisciplinaridade; integralidade; humanização); cuidado em enfermagem (dimensão clínica; dimensão educativa); e dimensão gerencial. Esses conceitos foram ajustados às pessoas com DM e incluída a concepção de “cuidado centrado na pessoa e família”, considerando que a mesma traria contribuições para as ações do cuidado de enfermagem às pessoas que vivenciam a cronicidade.

Compreendemos esse arsenal conceitual como importantes Subsídios Teóricos que formam parte da Base teórica do Modelo.

5.3.2 Segundo momento: definições de subsídios-base

O **segundo momento** foi de busca por Subsídios Científicos e Contextuais-empíricos. Essa busca foi orientada por questões que consideramos essenciais na composição do Modelo. Questionamos: “Quais são os cuidados de enfermagem necessários às pessoas com DM hospitalizadas?”, “Quem são as pessoas com DM hospitalizadas?”, “O que pensam as pessoas com DM que estão hospitalizadas sobre os cuidados que recebem e quais suas expectativas?” e “O que pensam os enfermeiros sobre os cuidados necessários às pessoas com DM hospitalizadas?”.

Diante disso, elencamos quatro fontes de informações que poderiam nos trazer estas respostas, denominadas de Subsídios-base: 1) Revisão de Literatura e Diretrizes; 2) Perfil das pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas; 3) Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização; e 4) Percepção das enfermeiras sobre o cuidado às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas.

A escolha desses Subsídios-base teve motivos específicos vinculados ao objetivo geral do estudo. A revisão da literatura foi o passo inicial e fundamental para o desenvolvimento da pesquisa metodológica, pois auxiliou no reconhecimento do estado da arte sobre o tema abordado e ofereceu amparo à fundamentação teórica para a construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem, provendo recursos teórico-técnicos e/ou indicativos para a melhoria da prática assistencial. As diretrizes clínicas específicas ao tema abordado também possuem função fundamental como guias da prática clínica e/ou atualização dos conhecimentos referentes ao manejo clínico e aos cuidados peculiares voltados à condição de saúde específica.

Consideramos de extrema importância para o desenvolvimento do Modelo de Cuidado de Enfermagem o conhecimento das principais características das pessoas com DM hospitalizadas, de forma a ter um quadro mais específico de quem são as pessoas atendidas, conformando o seu perfil. Ao obter informações básicas, que incluíram dados sociodemográficos e clínicos das pessoas com DM hospitalizadas, acreditamos que é possível obter maior aproximação em relação às reais necessidades de cuidado desta população. Entendemos que estudos descritivos sobre populações de indivíduos com DM são importantes para comparar as características dessas pessoas com o restante da população e com pessoas com DM de outros países. Ou seja, o conhecimento destes dados tornou-se relevante para a criação do

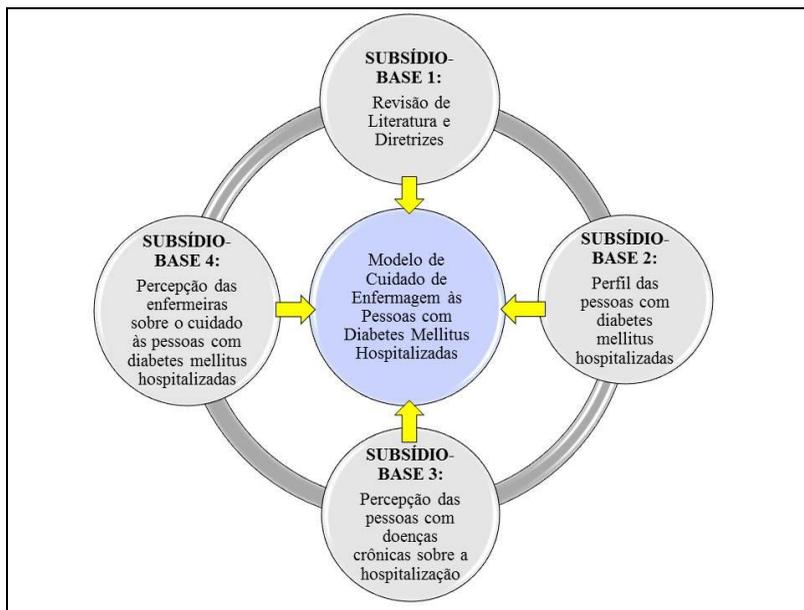
Modelo de Cuidado de Enfermagem no sentido de ter uma visão mais global do conjunto de pessoas atendidas no ambiente hospitalar.

Diante da intenção de construção de um Modelo de Cuidado de Enfermagem a uma população específica, julgamos como seu aspecto primordial que o pesquisador considere não somente as características sociodemográficas e clínicas, como também as opiniões desse determinado público, almejando, assim, que o Modelo de Cuidado de Enfermagem responda às reais necessidades de cuidado dessa população específica. Acreditamos na importância de ouvir e considerar tudo aquilo que a pessoa sugere, colocando-a como membro integrante do processo de cuidado profissional e do autocuidado da condição crônica de saúde.

Na construção de um Modelo de Cuidado de Enfermagem, consideramos que igualmente importante ao “ouvir a percepção das pessoas em condição crônica”, encontra-se o “ouvir os profissionais responsáveis pelas ações/práticas de saúde a essas pessoas”. Sob uma perspectiva colaborativa e integrativa, consideramos os enfermeiros como agentes fundamentais na elaboração de ideias e estratégias factíveis para a composição de Modelos de Cuidado de Enfermagem. Esses profissionais podem refletir sobre a realidade vivenciada, discutir facilidades e dificuldades do contexto hospitalar gerencial, assistencial e educativo, e elencar os aspectos a serem aprimorados, oferecendo direções para que o constructo Modelo de Cuidado de Enfermagem possa ter essa vinculação mais direta à prática assistencial.

Os quatro Subsídios-base foram desenvolvidos sequencialmente, conforme observado na Figura 6.

Figura 6 - Subsídios-base para a construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas.



5.3.3 Terceiro momento: coleta e análise de dados

O **terceiro momento** incluiu a coleta, organização/sistematização e análise dos dados para cada Subsídio-base. Assim, cada um dos subsídios passou por duas etapas: a primeira de coleta de dados e a segunda de análise dos dados, seguindo alguns passos:

1ª etapa: Coleta de dados

Passo 1) coleta dos dados;

Passo 2) organização dos dados.

2ª etapa: Análise dos dados

Passo 1) Análise Convencional dos Dados (HSIEH, SHANNON, 2005)

Passo 2) Elaboração de achados preliminares

Passo 3) Análise Dirigida dos Dados (HSIEH, SHANNON, 2005)

Passo 4) Emergência dos Subsídios Científicos e Contextuais-empíricos organizados em categorias: Dimensão Clínica, Dimensão educativa e Dimensão Gerencial do cuidado de enfermagem.

Em seguida, apresentamos a descrição detalhada envolvida em cada Etapa.

SUBSÍDIO-BASE 1) Revisão da Literatura e Diretrizes

PRIMEIRA ETAPA: Coleta de Dados

Esses subsídios foram compostos pela Revisão da Literatura e – Diretrizes, já apresentados no item 3.3 desta tese. Destacamos que na revisão da Literatura foram selecionados os trabalhos completos, publicados entre 2008 e 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram incluídos os artigos que ofereciam indicações de melhorias para a prática de enfermagem nos cenários hospitalares e ambulatoriais, por estarem, geralmente, esses dois cenários vinculados. Foram excluídos os artigos que tratavam do cenário da atenção básica/primária ou que fugiram à temática pesquisada, totalizando 65 artigos.

Em relação às Diretrizes foram consideradas as Diretrizes Nacionais e Internacionais que fundamentam os manejos clínicos, tratamentos e cuidados específicos às pessoas com DM hospitalizadas. As fontes dessas informações foram os documentos de duas entidades científicas: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014) e Diretrizes da *American Diabetes Association* (2013-2015).

SEGUNDA ETAPA: Análise dos Dados

Primeira Análise: Análise de conteúdo convencional dos dados

Essa análise foi realizada separadamente entre o conteúdo dos 65 artigos resultantes da revisão de literatura e os dois documentos das Diretrizes por se tratarem de textos com estruturas distintas.

Os 65 artigos foram lidos na íntegra, atentamente. O conjunto de informações resultantes da revisão de literatura foi organizado em um quadro contendo as seguintes informações: Título, Revista, Autores, Objetivo, Tipo de Estudo, Local do Estudo, Indicações para a prática e Ano (exemplo no Apêndice A). Em seguida, foi realizada a leitura e a releitura atenta dos dados do quadro e, através de análise de conteúdo convencional, elaboramos um resumo, denominado Texto-Síntese 1, contemplando todas as indicações/orientações que visavam à melhoria da prática assistencial de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas.

Em relação ao conteúdo dos documentos das Diretrizes, considerando a extensão, complexidade e sua não especificidade para a enfermagem, foi realizada a leitura e releitura atenta dos documentos na

íntegra e, através de análise de conteúdo convencional, foram selecionados os tópicos relevantes para a prática clínica e que poderiam contribuir com indicações/orientações para a prática do cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas. Esses tópicos foram registrados de forma descritiva e sintetizada, denominado Texto-Síntese 2.

Considerou-se, portanto, que os dois Textos-Síntese resultantes da análise convencional do conteúdo da Revisão da Literatura e das Diretrizes Nacionais e Internacionais corresponderam aos “Achados Preliminares” dessa Primeira Análise e estão expostos na íntegra no item 3.3 da tese conformando parte da Revisão de Literatura, sendo denominado “Cuidados em saúde e enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar” (sendo que o Texto-Síntese 1 corresponde ao item “3.3.1 Parte 1” e o Texto-Síntese 2 corresponde ao item “3.3.2 Parte 2”).

Nesse momento, o foco principal foi a captação de indicações ou orientações relevantes para a prática do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas, buscando identificar aqueles que se repetiam, evidenciando com isso a sua relevância para a prática. Além disso, também atentamos aos aspectos diferenciados que se destacaram nos estudos como expressivos ao cuidado às pessoas com DM hospitalizadas.

Segunda Análise: Análise de conteúdo dirigida

Foi realizada a análise de conteúdo dirigida dos Textos-Síntese 1 e 2, tendo as seguintes categorias pré-definidas: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial do Cuidado de Enfermagem. Através de leitura linear e transversal, seguida de reflexão e abstração dos conteúdos dos Textos-Síntese 1 e 2, originaram-se os “Subsídios Científicos” que foram organizados de acordo com as categorias citadas.

Esses “Subsídios Científicos” formaram parte da BASE TEÓRICA do Modelo e proporcionaram embasamento teórico-científico para o desenvolvimento da BASE OPERACIONAL.

SUBSÍDIO-BASE 2) Perfil de Pessoas com DM Hospitalizadas

PRIMEIRA ETAPA: Coleta de Dados

Foi desenvolvido um estudo intitulado “Perfil de pessoas com DM hospitalizadas”, do tipo quantitativo-descritivo-retrospectivo. O objetivo foi traçar o perfil das pessoas com DM hospitalizadas. O estudo descreveu os aspectos sociodemográficos, características clínicas e

principais causas da hospitalização de pessoas com DM internados em um hospital geral público do Sul do Brasil, no período de 01 janeiro a 31 de dezembro de 2012, em Unidades de Internação Adulta de Clínica Médico-Cirúrgica, Emergência ou Unidade de Terapia Intensiva.

A coleta de dados foi realizada durante o ano 2013 pela pesquisadora principal e uma assistente voluntária treinada. O instrumento de coleta de dados foi um Formulário Estruturado contendo variáveis que visavam: 1) identificar aspectos sociodemográficos, como sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade, atividade profissional e religião; e 2) características clínicas, como causa da internação hospitalar, tempo de hospitalização, comorbidades, presença de lesões de membros inferiores ou amputações, e valores glicêmicos.

Foram coletados dados de 175 prontuários após a autorização formal da Direção do Hospital para o acesso livre aos prontuários (Anexo A) e a aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos, sob Parecer número 507.326 (Anexo B). As informações contidas nos Formulários Estruturados foram codificadas numericamente (por exemplo, NÃO = 0, SIM = 1, IGNORADO = 9), visando a padronizar as respostas e facilitar o processo de análise estatística. Todas as informações codificadas foram organizadas e digitadas em uma planilha do Microsoft Exel e foi realizada a estatística simples com auxílio do software SPSS.

SEGUNDA ETAPA: Análise de dados

Primeira Análise: Análise de conteúdo convencional

Com a leitura atenta da planilha Microsoft Exel e dos resultados da análise estatística simples, foi realizada a análise de conteúdo convencional desse material. Foram destacadas as características sociodemográficas e clínicas das pessoas que julgamos necessário conhecer e valorizar para a prática de excelência do cuidado em saúde e enfermagem, e, assim, foi elaborado um texto-síntese com as informações encontradas, denominado Texto-Síntese 3.

Considerou-se, portanto, que o Texto-Síntese 3, resultante da análise convencional do conteúdo da planilha Microsoft Exel e dos resultados da análise estatística descritiva simples, correspondeu aos “Achados Preliminares” dessa Primeira Análise (Apêndice B), denominado de “Descrição do perfil das pessoas com DM hospitalizadas”.

Segunda Análise: Análise de conteúdo dirigida

Foi realizada a análise de conteúdo dirigida do Texto-Síntese 3, tendo as seguintes categorias pré-definidas: Dimensão Clínica,

Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial do Cuidado de Enfermagem. Através de leitura linear e transversal, seguida de reflexão e abstração do conteúdo, originaram-se os “Subsídios Contextuais-empíricos”, que foram organizados de acordo com as categorias citadas.

Esses “Subsídios Contextuais-empíricos” formaram parte da BASE TEÓRICA do Modelo e proporcionaram embasamento teórico-contextual-empírico para o desenvolvimento da BASE OPERACIONAL.

SUBSÍDIO-BASE 3) Percepção de Pessoas com Doenças Crônicas sobre a Hospitalização

PRIMEIRA ETAPA: Coleta de Dados

Os dados utilizados como Subsídio-base 3 são dados secundários, pois foram provenientes de uma pesquisa qualitativa desenvolvida em 2013 por integrantes do NUCRON (MARTINS; RODRIGUES, 2013), intitulada “A percepção de pessoas com condição crônica de saúde acerca da sua internação hospitalar”, no âmbito de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem da UFSC e que foi orientada pela prof. Denise Guerreiro Vieira da Silva. Esse trabalho encontra-se em domínio público através do arsenal da biblioteca universitária da UFSC, portanto, não foi necessária a autorização formal das autoras para o uso de seu conteúdo.

No referido TCC, foram consideradas as percepções referentes ao processo de hospitalização das pessoas adultas com doenças crônicas, internadas nas Unidades de Clínica Médico-Cirúrgica de um hospital geral público localizado no Sul do Brasil, e os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o Parecer número 367.842 (Anexo C).

Os dados de interesse para a construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas foram os “Resultados e Discussão” e “Considerações Finais” do TCC. Esses conteúdos foram inseridos na íntegra em um quadro com margem lateral para a posterior análise e anotação de ideias para o Modelo de Cuidados de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas.

SEGUNDA ETAPA: Análise dos Dados

Primeira Análise: Análise de conteúdo convencional

Os conteúdos “Resultados e Discussão” e “Considerações Finais” da pesquisa referida foram analisados qualitativamente através

da análise de conteúdo convencional sob a luz das seguintes questões: quais os motivos/fatores que contribuíram para a internação hospitalar? Quais os sentimentos das pessoas com doenças crônicas em relação à internação hospitalar? Quais as expectativas das pessoas com doenças crônicas em relação à internação hospitalar?

Assim, foi dado destaque às opiniões expressas pelos sujeitos e considerações das autoras, buscando ideias para o Modelo de Cuidados de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, sendo que obtivemos o total de 41 sentenças afirmativas, que foram consideradas como “Achados Preliminares” dessa etapa (Apêndice C), denominado de “Sentimentos e expectativas das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização”.

Segunda Análise: Análise de conteúdo dirigida

Foi realizada a análise de conteúdo dirigida das 41 sentenças, considerando as seguintes categorias pré-definidas: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial do Cuidado de Enfermagem. Através de leitura linear e transversal, seguida de reflexão e abstração do conteúdo, originaram-se os “Subsídios Contextuais-empíricos” que foram organizados de acordo com as categorias citadas.

Esses “Subsídios Contextuais-empíricos” formaram parte da BASE TEÓRICA do Modelo e proporcionaram embasamento contextual-empírico para o desenvolvimento da BASE OPERACIONAL.

SUBSÍDIO-BASE 4) Percepção de Enfermeiras sobre o Cuidado às Pessoas com DM Hospitalizadas

PRIMEIRA ETAPA: Coleta de Dados

O Subsídio-base 4 foi desenvolvido pela pesquisadora principal, através de uma pesquisa do tipo qualitativa descritiva, cujo objetivo foi conhecer as percepções das enfermeiras acerca dos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas.

A coleta de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2014 através de entrevistas com Roteiro semiestruturado (Apêndice D), com 12 enfermeiras que atuavam em Unidades de Internação Médico-Cirúrgica para adultos e uma enfermeira do Ambulatório de Endocrinologia de um hospital geral público do Sul do Brasil, em local e horário requerido pelas entrevistadas, sendo geralmente em sala reservada no próprio hospital e após o horário de trabalho.

A escolha dos sujeitos foi intencional, buscando-se as percepções de enfermeiras que trabalhassem nos três diferentes turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), há mais de um ano, e que atuassem nas quatro diferentes Unidades de Internação Adulto do referido hospital, resultando em: três enfermeiras representantes da Unidade de Internação de Clínica Médica 1, três enfermeiras representantes da Unidade de Internação de Clínica Médica 2, três enfermeiras representantes da Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica 1, três enfermeiras representantes da Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica 2, além de uma enfermeira representante do setor ambulatorial, que fazia parte daquela estrutura hospitalar, totalizando 13 entrevistas, e encerrou-se devido à saturação dos dados obtidos.

As entrevistas exploraram como vinha sendo desenvolvido o cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas e estimulou a criatividade das enfermeiras na busca de melhorias para a prática, visando o “como deveria ser o cuidado ideal” de enfermagem a essas pessoas. As participantes autorizaram a gravação das entrevistas em aparelho eletrônico. Princípios éticos foram respeitados e houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E). As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal. Essa pesquisa foi aprovada pelo CEP, sob Parecer número 710.731 (que corresponde à pesquisa do Projeto de Tese como um todo – Anexo D).

SEGUNDA ETAPA: Análise dos dados

Primeira Análise: Análise de conteúdo convencional

O conteúdo das entrevistas foi lido e analisado qualitativamente através da análise de conteúdo convencional, com destaque às expressões ou ideias referenciadas pelos sujeitos que indicassem as percepções das enfermeiras acerca das necessidades de cuidados às pessoas com DM hospitalizadas, cuidados adequados que deveriam ser mantidos e levantamento de sugestões para aprimorar os cuidados que julgavam inadequados ou inexistentes.

Ou seja, os critérios para identificar as sugestões foram: colocações que indicavam o que era adequado ou como imaginavam que deveria ser (o ideal). Assim, obtivemos o total de 631 sugestões acerca de diferentes aspectos inseridos nos cuidados às pessoas com DM no ambiente hospitalar, sendo que, incluindo nesse total as sugestões que aparecerão repetidas na entrevista e também as sugestões que se repetiram entre entrevistas diferentes, reforçando sua importância e/ou necessidade. Essas 631 sugestões foram consideradas como os “Achados Preliminares” dessa etapa (Apêndice F), denominadas

“Aprimorando o cuidado de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar”.

Segunda Análise: Análise de conteúdo dirigida

Devido ao montante extenso de informações, o conteúdo com as 631 sugestões foi inserido no software Atlas.ti para a organização e auxílio no processo analítico. Foi realizada a análise dirigida desse conteúdo, considerando as seguintes categorias pré-definidas: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial do Cuidado de Enfermagem. Através de leitura linear e transversal, seguida de reflexão e abstração do conteúdo, originaram-se os “Subsídios Contextuais-empíricos”, que foram organizados de acordo com as categorias citadas.

Esses “Subsídios Contextuais-empíricos” formaram parte da BASE TEÓRICA do Modelo e proporcionaram embasamento teórico-contextual-empírico para o desenvolvimento da BASE OPERACIONAL.

5.3.4 Quarto momento: Interpretação e integração de dados

O **quarto momento** consistiu na interpretação e integração dos dados da Base teórica para a composição da Base Operacional do Modelo. Com os Subsídios Teóricos (conceitos) e os Subsídios Científicos e Contextuais-empíricos que constituíram a Base Teórica do Modelo foi realizada a leitura transversal do material, convergindo para uma noção ampliada de todo o conteúdo da Base Teórica, formado não somente pela junção das partes, mas sim, pela integração e inter-relação complexa existente entre essas partes.

No processo de análise identificamos que existiam algumas idéias que eram mais expressivas da maneira como deveria ser o cuidado de enfermagem à pessoa com DM hospitalizada e que permeavam todo o conjunto de subsídios. Denominamos essas ideias de **Princípios Gerais**, que incluíam aspectos abrangentes relacionados às pessoas com DM, ao ambiente hospitalar e à equipe de enfermagem bem integrada aos demais profissionais de saúde, contemplando de forma transversal as três Dimensões do cuidado de enfermagem: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial (KIRCHHOF, 2003; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Nesse processo interpretativo identificamos que algumas dessas ideias eram mais específicas para cada Dimensão do cuidado, criando assim os **Princípios Específicos**. Esses princípios foram organizados da seguinte forma: Dimensão Clínica, com quatro princípios específicos;

Dimensão Educativa, com seis princípios específicos; e Dimensão Gerencial, com cinco princípios específicos.

Foi realizada a leitura atenta e a interpretação de cada item dos Subsídios Científicos e Contextuais-empíricos, associando a ele um termo ou expressão que significasse um importante elemento para o cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas. No decorrer da leitura, os Elementos foram aparecendo repetidas vezes, reforçando sua importância em fazer parte do Modelo, indicando que ele essencialmente deveria estar presente nos cuidados de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar, visando a contemplar a assistência em saúde integral, interdisciplinar, humanizada, com valorização da abordagem do cuidado centrado no ser humano/pessoa com DM e sua família e promoção da saúde, conforme almejado pelo objetivo do Modelo.

Dessa forma, emergiram **28 Elementos para o cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas**, assim organizados: nove Elementos na Dimensão Clínica; nove Elementos na Dimensão Educativa; e dez Elementos na Dimensão Gerencial. O significado de cada um desses Elementos foi descrito, elucidando a definição da sua expressão no intuito de atingir a compreensão plena pelo leitor.

A partir dos Elementos e suas descrições, buscamos desenvolver o raciocínio acerca de “como desenvolver ações de enfermagem na dimensão clínica/ou educativa/ou gerencial do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas”? Como resposta, para cada Elemento construíram-se ações de enfermagem a serem desenvolvidas, organizadas em: Conhecendo, Definindo problemas, Agindo/intervindo e Avaliando. Cada passo desse processo foi descrito detalhadamente, visando a operacionalizar a prática de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, destacando a flexibilidade ou a adaptabilidade dessas ações, de acordo com cada contexto, realidade ou recursos disponíveis na rede de saúde.

Assim, com os Princípios Gerais e Específicos, com os 28 Elementos para o cuidado, e com a proposta de uma sistematização da assistência, organizada em: Conhecendo, Definindo problemas, Agindo/intervindo (ou Educando ou Gerenciando) e Avaliando, foi constituída a **Base Operacional do Modelo de Cuidado**.

Por fim, após apreender a Base Teórica e a Base Operacional do Modelo, foi criada a representação gráfica-esquemática do Modelo, corroborando com Rocha, Prado e Silva (2012) ao mencionar que o Modelo de Cuidado de Enfermagem pode incluir a proposição de um processo de cuidar que é representado por modelos esquemáticos,

utilizando caixas de texto, figuras geométricas e outros símbolos. Essa representação e sua descrição serão apresentadas no capítulo de Resultados e Discussão.

Lembramos que, após a construção de um Modelo de Cuidado de Enfermagem, os passos seguintes correspondem à Validação Teórica e à Validação Prática, com sua avaliação e testagem ou implementação na prática assistencial de enfermagem. No entanto, considerando que a construção do “Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas” trata-se de um estudo acadêmico, no qual há um tempo previamente estabelecido para sua finalização, não dispusemos de tempo hábil para atingir as fases correspondentes às Validações. A autora principal possui a intenção de desenvolvê-las posteriormente à finalização do curso de Doutorado em Enfermagem.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS E RIGOR

O desenvolvimento do estudo obedeceu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2013). O projeto foi encaminhado via *online* ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional em Saúde através da Plataforma Brasil e aprovado sob parecer nº710.731 (Anexo D).

Os Subsídios-base caracterizados como pesquisas também tiveram os seus projetos de pesquisa avaliados pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional em Saúde e aprovados de acordo com os seguintes números de pareceres:

- Subsídio-base 2) Pesquisa quantitativa acerca do perfil de pessoas com DM hospitalizadas – Parecer nº 507.326 (Anexo B).

- Subsídio-base 3) Pesquisa qualitativa que abordou a percepção de pessoas com doenças crônicas acerca da hospitalização (dados secundários)– Parecer nº367.842 (Anexo C).

- Subsídio-base 4) Pesquisa qualitativa sobre a percepção das enfermeiras acerca dos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas – Parecer nº 710.731 (Anexo D - correspondente ao mesmo processo de avaliação do projeto de pesquisa da tese

CEP). Além disso, as enfermeiras participantes de entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), corroborando com os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e autorizando a gravação da entrevista e o uso de suas colaborações em futuras publicações e na elaboração final da Tese.

Todas essas pesquisas foram desenvolvidas na mesma instituição hospitalar, e cada uma delas separadamente recebeu uma carta de ciência e aprovação do Comitê de Ética da instituição hospitalar, antes da sua realização.

Os aspectos éticos e o rigor metodológico encontraram-se interligados no decorrer do estudo. A ética pode ser percebida pelo seguimento dos princípios em pesquisas com seres humanos e citações dos autores da literatura, enquanto que o rigor apresentou-se através da descrição detalhada do raciocínio lógico em cada passo e etapa do processo da pesquisa metodológica.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos, como primeiro tópico deste capítulo, o “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas e sua representação gráfico-esquemática” construído, sendo, portanto, o produto final do processo de desenvolvimento dessa pesquisa metodológica.

Também fazem parte da composição dos Resultados e Discussão da tese, os três textos elaborados no decorrer do processo de desenvolvimento do estudo, diretamente ligados ao conteúdo da tese. Esses três textos foram organizados no formato de artigos científicos, visando a futuras publicações para a disseminação dos conhecimentos e visando a atender às normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (Instrução Normativa 10/PEN/2011).

O primeiro artigo versa acerca da “Hospitalização como um espaço para a educação em saúde às pessoas com diabetes mellitus”, pautado em informações obtidas na pesquisa do Subsídio-base 4. Escolhemos esta temática para enfatizar como enfermeiras desenvolvem os cuidados de enfermagem às pessoas com DM na perspectiva da educação em saúde no ambiente hospitalar, apresentando os obstáculos e as possibilidades para o aprimoramento da prática da enfermagem.

O segundo artigo apresenta o processo metodológico para a construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem, caracterizando uma pesquisa metodológica. Destacamos essa temática por ser incipiente na literatura e por acreditar que poderá orientar outros acadêmicos e pesquisadores a desenvolverem Modelos de Cuidado.

O terceiro artigo é uma versão concisa do “Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM Hospitalizadas”, visando a adequá-lo às normas das revistas de enfermagem, pois, com o detalhamento e a extensão originais do Modelo, conforme apresentado na tese, não seria factível sua publicação.

6.1 O MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS E SUA REPRESENTAÇÃO GRÁFICA-ESQUEMÁTICA

APRESENTAÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico de várias etiologias, marcado pela persistência de hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, como consequência de problemas com a secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999; BRASIL, 2013). É uma condição crônica complexa que necessita de cuidados contínuos e requer o uso de estratégias para seu controle e para a promoção da qualidade de vida das pessoas com a doença. Neste sentido, segundo a *American Diabetes Association* (ADA, 2015), requer educação em saúde para o autogerenciamento e suporte contínuos na prevenção de complicações agudas e na redução do risco de complicações a longo prazo.

Tendo como referência a literatura acerca de modelos assistenciais de saúde e de modelos de cuidado, associada às próprias experiências práticas assistenciais e de pesquisa, compreendemos os Modelos de Cuidado de Enfermagem como: estruturas/instrumentos que orientam o cuidado de enfermagem a populações em cenários específicos. Tais modelos direcionam a assistência de enfermagem com embasamento teórico-científico, e sua utilização organiza melhor o processo de trabalho da enfermagem, conferindo credibilidade à profissão (LUCENA et al., 2006; FERTONANI, 2010; TEIXEIRA, 2000; KEMPFER et al., 2010; KECK, 2000; CARRARO, 2001; ROCHA; PRADO, 2008; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; HARWOOD; DOWNING; RIDLEY, 2013).

Um modelo de cuidado de enfermagem deve estar inserido no macro sistema de atenção à saúde vigente de maneira bem articulada e com objetivos convergentes, visando a potencializar a integralidade da assistência e a melhoria da atenção à saúde, destacando-se a sintonia entre os cuidados desenvolvidos e as reais necessidades e contexto das pessoas atendidas.

Os modelos de cuidado de enfermagem encontram-se abaixo das Teorias de Enfermagem, se comparadas tendo em conta suas estruturas de conhecimento e grau de abstração, e acima dos indicadores empíricos e protocolos, uma vez que orientam para além das situações objetivas, numéricas ou muito particulares, considerando os diversos aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença, a integralidade das pessoas

e a integralidade dos serviços do sistema de saúde. Sua elaboração leva em consideração uma construção lógica, sistematizada, ética e arquitetada com uma estrutura formada por um “referencial teórico ou marco conceitual” e um “método de operacionalização na prática ou metodologia do cuidado” de forma a contribuir para a consolidação do corpo de conhecimentos da enfermagem e dos modos de fazer enfermagem (ROCHA, PRADO, 2008; ROCHA, PRADO, SILVA, 2012, FAWCETT, 2005).

Passamos a apresentar o **Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM Hospitalizadas** desenvolvido neste trabalho, indicando as diferentes estratégias utilizadas para sua fundamentação.

O presente modelo está composto por duas bases: a Teórica e a Operacional. A Base Teórica visa a dar sustentação à Base Operacional de forma a evidenciar que todas as decisões devem ter como referência diferentes conhecimentos (teórico-filosófico, científico e contextual-empírico). Isso evidencia que há uma dinâmica prevista na forma de desenvolver o cuidado de enfermagem, uma vez que esses conhecimentos estão em constante revisão. O modelo, no entanto, foi construído, selecionando os elementos que têm se mantido como essenciais na atenção à pessoa com DM, tanto em termos do melhor controle clínico quanto na maneira efetiva de enfrentamento da condição crônica e os cuidados e os tratamentos necessários em tal situação. Seu objetivo é ter um olhar para a integralidade da pessoa com DM, incluindo sua família nessa atenção, considerando a proposição de um Modelo que seja viável na realidade da enfermagem.

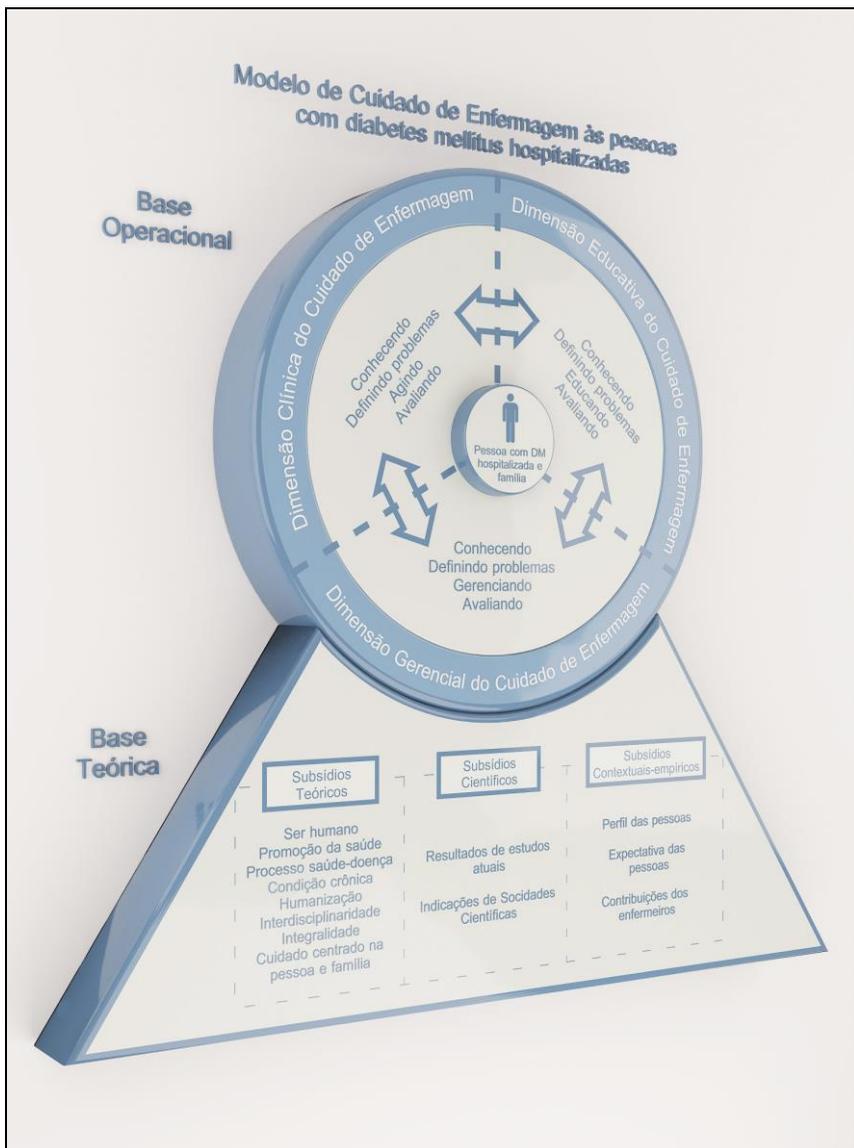
Tomamos como referência para esta construção a pesquisa metodológica, apesar de nos atermos, nesse momento inicial, somente no desenvolvimento do referido modelo. Em próximas etapas iremos dar continuidade à sua validação, tomando como referência a proposta de Rocha (2008).

Na concepção gráfica do Modelo, a Base Teórica está representada por um trapézio, que significa, metaforicamente, uma estrutura firme/consistente e está composta por subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos, inter-relacionados, formando o embasamento teórico para sustentar os pensamentos, as reflexões e as ações do cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas a serem desenvolvidos na Base Operacional. A operacionalização do Modelo está apresentada na Base Operacional, representada por um círculo azul – que é o símbolo universal do diabetes mellitus. No centro desse círculo está a pessoa com DM, mostrando que ela é o ponto de partida e ícone principal da atenção em saúde a ser desenvolvida,

incluindo também seus familiares/cuidadores e também configurando o contexto em que ela está inserida e o contexto da rede de serviços de saúde. Nesse círculo estão as três dimensões do cuidado de enfermagem: Clínico, Educacional e Gerencial, articulados de forma a se desenvolverem contínua e dinamicamente no trabalho da enfermagem. Consta, em cada uma dessas dimensões, os passos para o processo de cuidado.

Ilustramos abaixo a representação gráfica-esquemática do modelo no intuito de favorecer a compreensão de sua estrutura teórica e operacional (Figura 7).

Figura 7 - Representação gráfica-esquemática do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.



O **objetivo** do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas é orientar o cuidado de enfermagem às pessoas adultas/idasas com DM de forma integral, interdisciplinar, humanizado e com valorização da abordagem do cuidado centrado no ser humano/pessoa com DM e sua família, pautado em subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos associados a ações operacionais visando à promoção da saúde de pessoas com DM em Unidades de Internação Hospitalar Médico-Cirúrgicas.

• BASE TEÓRICA

A Base Teórica corresponde ao **Referencial Teórico** do modelo, portanto, visa a guiar a prática de enfermagem através de embasamento teórico-científico. Está composta por:

- 1) Subsídios Teóricos (conceitos inter-relacionados).
- 2) Subsídios Científicos (provenientes da revisão de literatura e de diretrizes de entidades científicas).
- 3) Subsídios Contextuais-Empíricos (provenientes das pesquisas: perfil de pessoas com DM hospitalizadas, percepções das pessoas com DM sobre a hospitalização e percepções de enfermeiras sobre o cuidado de enfermagem às pessoas com DM).

1. SUBSÍDIOS TEÓRICOS

O Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas apresenta como referências teóricas para o cuidado os seguintes conceitos:

- a) ser humano/pessoa;
- b) pessoa com DM hospitalizada;
- c) processo saúde-doença;
- d) condição crônica;
- e) promoção da saúde;
- f) cuidado em saúde: interdisciplinaridade; integralidade; humanização; cuidado centrado na pessoa e na família;
- g) cuidado em enfermagem: dimensão clínica; dimensão educativa; e dimensão gerencial.

Esses conceitos sustentam teoricamente os julgamentos ou as apreciações sobre aspectos-chave específicos (fenômenos) que compõem o Modelo de Cuidado de Enfermagem, favorecendo sua compreensão como um todo. Eles indicam sob qual perspectiva teórica os profissionais de saúde devem observar e desenvolver as ações práticas no cuidado em saúde, ou, conforme uma analogia simples,

“com quais olhos os profissionais da saúde devem olhar” as pessoas e os cuidados em saúde a serem desenvolvidos. A elaboração desses conceitos foi pautada em resultados de pesquisas e reflexões teóricas dos integrantes do NUCRON, além de referências de alguns autores que convergiam ao pensamento desse grupo e dos autores do modelo ora descrito.

a) Ser humano/pessoa: o ser humano é compreendido como uma totalidade dinâmica, singular, em constante interação com o contexto nos quais se insere. Como pessoa, é um ser integral, histórico, político, social, cultural, relacional e de comunicação, que aspira liberdade e equidade. Tem capacidade de agir e interagir a partir de seus conhecimentos, vivências, valores sociais e culturais. Tem capacidade de reflexão sobre a realidade e expressão de criatividade nas escolhas e decisões sobre sua condição de vida e saúde. No processo de viver pode desenvolver uma condição crônica que traz mudanças em suas vidas e requer enfrentamentos (MACHADO et al., 2007; HORTA, 1979).

b) Pessoa com diabetes mellitus hospitalizada: é um ser humano que, devido a alguma alteração no processo saúde-doença, necessita passar por um momento de cuidados profissionais no ambiente hospitalar. A pessoa hospitalizada encontra-se em um momento de vulnerabilidade visto que a hospitalização pode implicar em ameaças que envolvem seu bem-estar, sua integridade física, seus comportamentos usuais entre outros (LIND, 1974 *apud* FARIAS, 1981). A hospitalização acaba por se integrar à trajetória de vida da pessoa e, apesar do possível estresse e dificuldades advindas desse momento, pode ser encarada de forma positiva, se vista como um momento de reflexão e aprendizagem quanto ao manejo da condição crônica de saúde, o que pode gerar mudanças significativas em sua qualidade de vida após a alta hospitalar.

c) Processo saúde-doença: o processo saúde-doença tem como referência a concepção do ser humano/pessoa sobre sua percepção da condição de “ser/estar saudável” ou de “ser/estar doente”, e pode ser influenciada pelo contexto em que vive, nos seus aspectos pessoais, culturais, históricos e socioambientais. Nesta perspectiva, o ser humano/pessoa pode ser saudável mesmo em condição crônica ao manter o equilíbrio dinâmico sobre sua saúde (BORUCHOVITCH, MEDNICK, 2002; SILVA *et al*, 2013; BRASIL, 1986).

d) Condição crônica: condição crônica é considerada como uma circunstância na saúde das pessoas. Apresenta-se de forma mais ou menos persistente, suscitando enfrentamentos e respostas sociais reativas ou proativas; episódicas ou contínuas; e fragmentadas ou integradas, envolvendo as pessoas, suas famílias, os profissionais de saúde, os sistemas de atenção à saúde, bem como toda a sociedade (MENDES, 2012). A condição crônica desenvolve-se por múltiplos fatores (hereditariedade, estilo de vida, ambiente e questões fisiológicas), apresenta tempo de duração longo e necessidade de cuidados específicos, considerando o contexto em que os seres humanos/pessoas vivem e a fase do ciclo vital em que se encontram (MENDES, 2012). É multidimensional e pode gerar necessidade de mudanças na vida dos seres humanos/pessoas, suas famílias, comunidade e sociedade em geral, implicando num contínuo gerenciamento da condição crônica de saúde, podendo ocasionar impacto pessoal, social e econômico, significativos (OMS, 2003).

e) Promoção da saúde: é um processo de empoderamento das pessoas e de sua comunidade para atuarem na melhoria da qualidade de vida e de saúde. Envolve potencializar a capacidade individual e coletiva para negociar com a complexidade diante da multiplicidade de fatores envolvidos na condição de saúde nos diferentes momentos do ciclo vital. Vai além da aplicação de normas e técnicas, buscando o enfoque no fortalecimento da saúde pela construção da capacidade de escolha, usando o conhecimento para perceber as diferenças e as singularidades necessárias para o viver saudável. A promoção da saúde está associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Envolve uma combinação de estratégias desenvolvidas pelo Estado (políticas públicas saudáveis), pela comunidade, pelas pessoas, pelo sistema de saúde e pelas parcerias intersetoriais, trabalhando com a ideia de responsabilização múltipla e compartilhada (BUSS, 2003).

f) Cuidado em saúde: o cuidado em saúde envolve diferentes áreas do conhecimento, que se inter-relacionam e interagem no processo de viver, adoecer e morrer. É desenvolvido ao ser humano/pessoa na sua totalidade e singularidade, é sensível, compartilhado e construído em parcerias entre profissionais, entre pessoas em condição crônica, com a família, com a comunidade, com a sociedade e com o Estado (MACHADO *et al*, 2007). Portanto, envolve a interdisciplinaridade, a

integralidade, a humanização do cuidado em saúde e a valorização do cuidado centrado no ser humano/pessoa e familiares.

- **Interdisciplinaridade**

Caracteriza-se por distintos saberes articulados em um projeto comum, no qual cada profissional envolvido busca estratégias para a construção de uma atuação que contemple as múltiplas dimensões presentes nas questões da saúde e contribua para a promoção da saúde e para a integralidade do cuidado (FISCHBORN et al, 2013).

- **Integralidade**

A integralidade permite a identificação das pessoas como totalidades dinâmicas, ainda que isso não seja alcançável em sua plenitude, considerando as dimensões possíveis de intervenção do profissional diante da complexidade do cuidado em saúde (MACHADO et al, 2007). Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas ou grupos/coletividade, considerando a pessoa usuária do serviço de saúde como um sujeito histórico, social, cultural e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO et al, 2007). Envolve ações promocionais, preventivas e curativas desenvolvidas por profissionais com uma compreensão mais abrangente das potencialidades e problemas de saúde, reconhecendo o ser humano/pessoa em seu contexto de vida (ALVES, 2005).

- **Humanização**

A humanização do cuidado em saúde é um processo complexo, que envolve a necessidade de compreensão do ser humano/pessoa em seu contexto de vida. A humanização pode ser compreendida como o cuidado em saúde que promove a troca de saberes, permeada por um diálogo horizontal que valoriza a escuta e respeita as decisões do outro, numa perspectiva de corresponsabilidade e resolutividade do cuidado à saúde (MARTINS, 2008). A humanização envolve o acolhimento como uma ação de aproximação, um “estar com”, envolvendo uma atitude de inclusão contínua. O acolhimento favorece o vínculo do profissional de saúde com o ser humano/pessoa, com laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre os envolvidos através da produção de relações de escuta, de diálogo e de respeito (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

- **Cuidado Centrado na Pessoa e na Família⁶ (CCPF)**

⁶O termo “cuidado centrado no paciente e na família” foi substituído por “cuidado centrado na pessoa e na família”, sendo que estamos considerando o “paciente” do ponto de vista dos conceitos apresentados “ser humano” e “pessoa com DM hospitalizada”.Morgan e Yoder (2012) observaram que, mesmo a palavra “pessoa”, no Cuidado Centrado na Pessoa sendo usada de

Cuidados centrados na pessoa envolvem

uma abordagem holística (biopsicossocial e espiritual) para a prestação de cuidados que é respeitosa e individualizada, permitindo negociação no cuidado e oferecendo escolhas através de uma relação terapêutica onde as pessoas são empoderadas para estarem envolvidas nas decisões de saúde em qualquer nível que desejar aquele indivíduo que está recebendo os cuidados (MORGAN, YODER, 2012, p. 8).

A qualidade e a segurança na saúde envolvem a inclusão da perspectiva das pessoas e de seus familiares. A experiência de cuidar, como percebido pela pessoa e pela família, é um fator chave na qualidade e na segurança em saúde (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY-CENTERED CARE, 2011). O CCPF é uma abordagem que procura trazer as perspectivas das pessoas e de seus familiares diretamente no planejamento, realização e avaliação dos cuidados de saúde, e, assim, melhorar sua qualidade e sua segurança. Quando os administradores/gerentes de saúde, profissionais de saúde, famílias e pessoas trabalham em parceria, a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde aumentam, os custos diminuem e aumenta a satisfação da pessoa e da respectiva família (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY-CENTERED CARE, 2011). Para alcançar as práticas centradas na pessoa, os profissionais de saúde precisam estar cientes das crenças, conhecimentos e sentimentos dos pacientes, bem como de seus desejos em obter mais informações.

A atenção colaborativa e centrada na pessoa e na respectiva família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre as pessoas e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser passivos e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde (OMS, 2003; 2013). As interações pautadas na abordagem do cuidado centrado na pessoa promovem a adesão e conduzem a melhores resultados de saúde (BODENHEIMER et al., 2002; ROBINSON et al., 2008). As características fundamentais do CCPF foram identificadas como sendo o envolvimento das pessoas no próprio cuidado e a individualização do atendimento a elas. Assim, a prática eficaz do CCPF está relacionada à comunicação, à tomada de

forma intercambiável com os termos “paciente”, “cliente” ou “residente”, a intenção do cuidado realizado é congruente entre as várias expressões.

decisão compartilhada e à educação das pessoas (ROBINSON et al, 2008). A criação de parcerias de colaboração entre os profissionais de saúde e as pessoas ajuda-os a desenvolverem habilidades e confiança e a se envolverem ativamente nas decisões de assistência e gestão da saúde. Segundo esses autores, as interações pautadas no CCPF envolvem as seguintes mudanças-chave na assistência em saúde:

- Respeitar aos valores e necessidades da pessoa e da família.
- Encorajar as pessoas a expandir seu papel na tomada de decisões e comportamentos relacionados à saúde e auto-gestão.
- Comunicar-se com as pessoas de uma forma culturalmente adequada, numa língua e num nível que a pessoa compreenda.
- Fornecer suporte de autogestão em cada consulta/visita através do estabelecimento de metas e do planejamento de ações.
- Obter *feedback* das pessoas/familiares sobre a sua experiência de cuidados de saúde e usar essa informação para a melhoria da qualidade (SAFETY NET MEDICAL HOME INITIATIVE, 2013, p.3).

Pensar no CCPF de forma mais contemporânea significa, portanto, usar essa abordagem com um olhar/maneira diferente, evoluindo “da pessoa com autonomia” para “a pessoa como membro ativo participante da equipe de saúde e que realmente possui autonomia”. É necessário para isso desenvolver e implementar de fato a parceria da pessoa e da família no plano de cuidados junto à equipe de saúde.

g) Cuidado de enfermagem: a enfermagem é desenvolvida pautada em conhecimentos teórico-filosóficos, técnicos e científicos; age no ensino, orientação, supervisão, recuperação, promoção e manutenção da saúde das pessoas; integra e interage com membros da equipe multidisciplinar de saúde (adaptado de HORTA, 1979). A enfermagem traz intrínseco à profissão o cuidado inserido num contexto histórico-social-institucional. É desenvolvida em relações interpessoais, compartilhando seus saberes na equipe de enfermagem, com outros profissionais e com as pessoas com DM, suas famílias e comunidade no enfrentamento das situações de saúde e de doença e na promoção da

saúde. O cuidado de enfermagem abrange três dimensões: dimensão clínica, dimensão educativa e dimensão gerencial (KIRCHHOF, 2003; HAUSMANN, PEDUZZI, 2009). Enfatizamos, ainda, que os aspectos psicoemocionais e sociais, que fazem parte do contexto de vida e saúde das pessoas, devem ser considerados como intrínsecos/presentes transversalmente nessas três dimensões do cuidado de enfermagem, sendo aspectos fundamentais que também orientam a prática assistencial. Assim, não consideramos os aspectos psicoemocionais e sociais como “uma Dimensão” do cuidar em enfermagem, mas, sim, como integrante de todas as Dimensões.

- **Dimensão Clínica**

A clínica na enfermagem se dá na inter-relação entre o raciocínio lógico/clínico, pautado no conhecimento científico, articulado com a vivência e com os saberes do ser humano/pessoa em condição crônica, considerando-o em sua totalidade. Envolve um olhar ampliado para o saber questionar, ouvir, interpretar, inspecionar, palpar, percutir, auscultar, mensurar, avaliar, relacionar e decidir, de maneira articulada e integrada, visando à identificação de alterações ou necessidades para a intervenção do profissional de enfermagem de forma sistematizada, numa relação dinâmica entre as pessoas envolvidas (baseado em OLIVEIRA et al., 2009). O cuidado de enfermagem extrapola o caráter biofisiológico, perpassando por uma articulação com os saberes e necessidades do ser humano/pessoa em condição crônica, associando a formação profissional técnica-científica com a capacidade de relacionamento interpessoal.

- **Dimensão Educativa**

A dimensão educativa do processo de trabalho da enfermagem ocorre em qualquer espaço de relação entre o enfermeiro e o ser humano/pessoa, inseridos nos diversos contextos de cuidado, podendo ser individual ou coletiva. A educação em saúde é compreendida como um caminho integrador do cuidar fundado em saberes técnico-científicos que se articulam aos saberes populares, filosóficos e religiosos. A educação em saúde, pautada na perspectiva da integralidade, numa relação dialógica, horizontal, circular, criativa, lúdica, não-prescritiva, articulada, participativa e ativa contribui para o empoderamento dos seres humanos/pessoas, possibilitando-lhes realizar escolhas mais críticas em relação a sua saúde. Amplia as possibilidades do cuidado de si na perspectiva de um viver mais saudável em uma condição crônica. A educação em saúde individual privilegia a singularidade de cada ser humano/pessoa, valoriza a individualidade e oferece privacidade. A

educação em saúde em grupo é reconhecida como a interação entre dois ou mais seres humanos/pessoas com propósitos comuns, que se influenciam mutuamente na construção de um viver mais saudável. Pode ser utilizada com diferentes objetivos e em diferentes situações, visando à promoção da saúde. A educação em saúde coletiva permite o compartilhamento de saberes e a troca das experiências, favorecendo a promoção da saúde e a convivência mais harmoniosa com sua condição de vida e saúde.

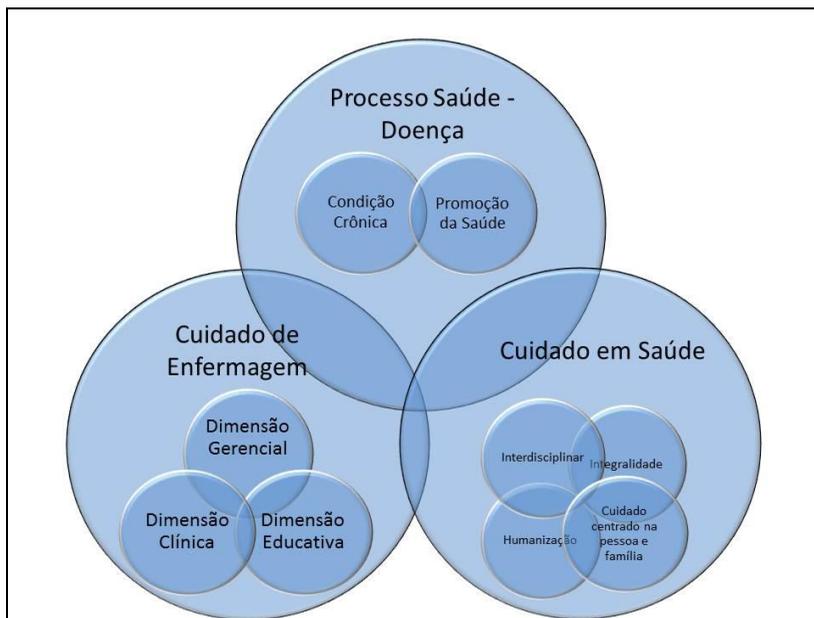
- **Dimensão Gerencial**

A dimensão da gestão/gerencial no cuidado de enfermagem apresenta duas perspectivas dinâmicas e interligadas: o gerenciamento do cuidado e o gerenciamento do trabalho. O gerenciamento do cuidado de enfermagem contempla o planejamento, a realização e a avaliação do cuidado, articulando a dimensão clínica com a dimensão educativa, de recursos humanos e materiais de forma que torne viável o cuidado de enfermagem para atender às necessidades dos seres humanos/pessoas em condições crônicas, sua família e sua comunidade. O gerenciamento do cuidado de enfermagem conecta-se ao gerenciamento do trabalho de enfermagem numa relação de reconhecimento dos recursos necessários e dos recursos potenciais, considerando o contexto sócio-político-institucional de modo que os profissionais de enfermagem tenham condições técnicas, estruturais, ambientais e relacionais para a realização dos cuidados (HAUSMANN, PEDUZZI, 2009).

Diante da conceitualização do **Cuidado de Enfermagem** e suas dimensões – **Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial**, decidimos usar como uma referência para a organização estrutural dos Subsídios Científicos, Subsídios Contextuais-empíricos e da Base Operacional do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas essas três Dimensões do Cuidado de Enfermagem.

Os conceitos apresentados são inter-relacionados (e não isolados) e conformam os Subsídios Teóricos da Base Teórica do **Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas**. As articulações desses conceitos podem ser observadas na Figura 8.

Figura 8 - Articulações dos conceitos como Subsídios Teóricos da Base Teórica do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.



2. SUBSÍDIOS CIENTÍFICOS

a) Revisão de Literatura e Diretrizes: configuram generalização e confiabilidade às orientações para as práticas assistenciais de enfermagem. Estão compostas por indicações para os cuidados de saúde e de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar, extraídas de artigos científicos após revisão de literatura nacional e internacional (que abrangeu 65 artigos publicados entre 2011 e 2014) e de Diretrizes de entidades científicas nacionais e internacionais, *experts* na temática do DM (*American Diabetes Association* e Sociedade Brasileira de Diabetes). O texto utilizado como base para esse subsídio foi apresentado na Revisão da Literatura, item 3.3.

Elencamos no Quadro 01 os “subsídios científicos” para o cuidado de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar,

organizados nas dimensões clínica, educativa e gerencial do cuidado de enfermagem.

Quadro 1 - Subsídios Científicos da Revisão de Literatura e Diretrizes

Subsídios Científicos

Subsídios da Revisão de Literatura e Diretrizes - Dimensão Clínica

• Considerações sobre a MONITORIZAÇÃO DOS VALORES GLICÊMICOS

- Deve haver a prescrição da monitorização de glicose sanguínea
- Amostra sanguínea para a monitorização glicêmica pode ser venosa, arterial ou de capilares (ponta do dedo)
- Frequência de monitoramento da glicose sanguínea deve ser a cada seis horas (pessoas que não estão se alimentando) ou antes de cada refeição e antes de dormir (pessoas que estão se alimentando normalmente)
- Valores glicêmicos devem estar registrados no prontuário e com fácil acesso a todos os membros da equipe de saúde

• Considerações sobre o CONTROLE GLICÊMICO

- O cuidado às pessoas com DM hospitalizadas deve ter foco no controle glicêmico, com avaliação minuciosa da glicemia na admissão e monitorização ao longo da hospitalização.
- O enfermeiro deve monitorar os níveis glicêmicos de forma rigorosa e agir rapidamente em caso de hiper ou hipoglicemia.
- O melhor controle glicêmico das pessoas com DM hospitalizadas reduz imensamente a mortalidade, morbidade e custos hospitalares.
- O controle glicêmico é fundamental para minimizar as complicações agudas como hipoglicemia, infecções e aumento do tempo de hospitalização.
- Controle glicêmico promove benefícios aos pacientes em perioperatório devido ao menor risco às infecções nas feridas operatórias, e benefícios ao hospital, ao reduzir custos com as complicações pós-operatórias.
- O controle adequado de níveis glicêmicos no ambiente hospitalar melhora os resultados clínicos das pessoas.
- Considerar hiperglicemia os valores glicêmicos acima de 126mg/dL em jejum ou maior que 200mg/dL ao acaso; hipoglicemia corresponde a valores menores que 70mg/dl, e hipoglicemia severa a valores menores que 40mg/dL.

- A meta glicêmica para pessoas com DM no ambiente hospitalar em situação não crítica é menor que 140mg/dL pré-prandial, e menor que 180mg/dL ao acaso.
- As metas glicêmicas devem ser mais rigorosas para pessoas com difícil controle e menos rigorosas diante de comorbidades severas.
- Atentar ao valor da hemoglobina glicada (ideal = 6,5%)

- **Considerações sobre a HIPERGLICEMIA HOSPITALAR**

- A hiperglicemia hospitalar pode ser resultante de estresse, descompensação do DM ou iatrogenia.
- A hiperglicemia hospitalar afeta negativamente o balanço hídrico, a imunidade e a inflamação.
- A hiperglicemia hospitalar aumenta morbimortalidade intra-hospitalar.
- O tratamento da hiperglicemia deve ser pautado na reposição de insulina fisiológica, usando um regime de correção, e não seguir a escala fixa/*slidingscale*.
- A hiperglicemia não reconhecida ocasiona aumento do risco para maus resultados clínicos, aumento do tempo de hospitalização e aumento de custos.

- **Considerações sobre a HIPOGLICEMIA HOSPITALAR**

- A hipoglicemia hospitalar ocasiona resultados desfavoráveis, como a deterioração/sequelas às pessoas.
- Um plano de prevenção e tratamento de hipoglicemia deve ser estabelecido individualmente para cada pessoa.
- A hipoglicemia deve ser prevenida, evitando-se atrasos na dieta, o uso isolado de *slidingscale* (escala de insulina) ou falta de ajuste nas doses de corticóides.
- Ações de prevenção de hipoglicemias e análise das causas são importantes na melhoria da qualidade de vida das pessoas.
- Episódios de hipoglicemia aumentam o tempo de hospitalização e aumentam a mortalidade; deve-se focar nas causas das hipoglicemias, visando às intervenções específicas para enfrentar o risco de hipoglicemias.
- A resolução de hipoglicemias é um aspecto fundamental no cuidado às pessoas/pacientes com DM hospitalizadas.

- **Considerações sobre a TERAPIA MEDICAMENTOSA**

- No perioperatório, recomenda-se suspender hipoglicemiante oral dois dias antes da cirurgia, ou, se a glicemia é bem controlada, suspende-se no dia da cirurgia. Às pessoas que utilizam insulina, recomenda-se administração de

glicose endovenosa para evitar a hipoglicemia.

- Um dos erros mais frequentes relaciona-se ao gerenciamento da terapia medicamentosa no ambiente hospitalar diante da falta de ajuste da prescrição de insulina quando os níveis glicêmicos do paciente estão persistentemente elevados, o que pode ser evitado, melhorando-se a comunicação entre os profissionais de saúde.

- Deve haver comunicação e prática reflexiva entre os membros da equipe de saúde, visando à segurança do paciente e à qualidade da assistência.

• **Considerações sobre a TERAPIA NUTRICIONAL**

- A terapia nutricional é essencial para manter o controle glicêmico e o estado nutricional adequado da pessoa.

- Recomendações nutricionais devem ser individualizadas, baseadas nas metas de tratamento, nos parâmetros fisiológicos e nas medicações em uso.

- Uma nutricionista com expertise em DM deve fazer parte da equipe de saúde multidisciplinar hospitalar e considerar informações sobre a alimentação, condição clínica da pessoa, hábitos de vida e metas do tratamento.

- O estado nutricional deve ser monitorado, especialmente em idosos com DM, pois estão em risco de nutrição inadequada no período de hospitalização.

• **Considerações sobre CUIDADOS COM FERIDAS**

- O exame dos pés, bem como o tratamento imediato e o acompanhamento de feridas nos pés de pessoas com DM evitam amputações de membros inferiores.

- O uso de *Split skingraft* (enxerto de pele) é efetivo no tratamento de úlceras diabéticas, reduz tempo de cura da ferida e tempo de hospitalização.

• **Considerações sobre a ESCALA FIXA DE INSULINA/*SLIDING SCALE***

- O uso de escala fixa de insulina/*slidingscale* deve ser evitado.

- O uso da escala de insulina fixa (*slidingscale*) é um fator que contribui para ocorrência de hiperglicemias em pessoas com DM hospitalizadas, assim como doses de insulinas administradas atrasadas e alimentação inadequada; enquanto que condições como insuficiência renal, doença hepática e desnutrição contribuem para episódios de hipoglicemias.

- O uso de escala de insulina/*slidingscale* prolongada como único regime não é efetivo e aumenta o risco de hiper e hipoglicemias.

- **Considerações sobre PROTOCOLOS**

- É importante o uso de protocolos que orientam a enfermeira a iniciar a administração de insulina, visando a melhorar os resultados clínicos das pessoas.

- **Considerações sobre CONTROLE DO ESTRESSE**

- O estresse é um fator que ocasiona hiperglicemia nas pessoas hospitalizadas.

- Estresse, medicações ou mudanças nas dietas podem aumentar ou diminuir os valores glicêmicos.

Subsídios da Revisão de Literatura e das Diretrizes- Dimensão Educativa

- **Considerações sobre O QUE SIGNIFICA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

- Educação é compreendida como um processo social, histórico, que se dá ao longo da vida; deve considerar especificidades dos diferentes grupos sociais e colocar-se de forma ética e humanizada na relação educativa, envolvendo respeito à individualidade das pessoas envolvidas e mútua colaboração.

- Educação em saúde é um método efetivo para aquisição e compartilhamento de informações, constituindo-se num processo dinâmico e contínuo de aprendizado.

- Educação em saúde é um instrumento na construção de saberes voltados à adesão ao tratamento e ao aumento da qualidade de vida.

- Educação em saúde é a maior ferramenta para o enfermeiro contribuir para a prevenção do pé diabético.

- O enfermeiro deve compreender a educação em saúde como parte integrante do processo de cuidar.

- Educação em diabetes é essencial para o autogerenciamento da condição crônica.

- **Considerações sobre MÉTODOS, TÉCNICAS OU ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

- Técnicas educativas devem ser individualizadas de acordo com características pessoais, como idade, escolaridade e tempo do diagnóstico.

- Técnicas atuais de educação em DM evoluíram buscando promover estímulo e treinamento do autocuidado através de um modelo mais focado na pessoa com DM.

- A educação em DM deve abranger os familiares e os cuidadores, visando ao envolvimento das relações da pessoa e à promoção de novos hábitos e comportamentos.
- Deve-se considerar que o apoio emocional tem impacto importante na motivação de aprender; assim, a pessoa deve ser vista de maneira holística.
- O enfermeiro deve utilizar metodologias participativas que propiciem a autonomia e a cidadania, preparando as pessoas para o autocuidado e não para a dependência.
- Devem fazer parte do plano educativo as orientações face a face e as instruções impressas.
- É fundamental a participação do profissional enfermeiro na prática educativa em DM.
- O enfermeiro, enquanto educador, assume papel social, cultural e histórico ao preparar as pessoas para a participação ativa e transformadora.
- Educação em saúde pode ocorrer com estratégias em grupo ou individual, ambas são efetivas.
- Diante do déficit de conhecimentos para o autocuidado, o enfermeiro ou o educador em DM deverá ensinar o paciente visando a certificar-se de que ele tem habilidades para o autocuidado após a alta.
- A equipe de enfermagem deve ensinar as práticas de automonitorização da glicemia, capacitar e dar suporte à pessoa com DM para o autocuidado domiciliar.
- A educação em DM no ambiente hospitalar é desafiadora, pois as pessoas estão doentes e sob algum estresse; o ideal é que as pessoas com DM sejam ensinadas em tempo e lugar propício para a aprendizagem (como ambulatório com programa para DM).

- **Considerações sobre TEMAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

- Incluir a educação em nutrição, com objetivo de favorecer a adesão ao plano alimentar, a independência nas trocas, as atitudes e as decisões, a conscientização da influência da alimentação no controle glicêmico e a prevenção das complicações agudas e crônicas.
- A educação em DM deve abordar as “habilidades de sobrevivência”, fornecendo informações suficientes e treinamento para o automanejo domiciliar.
- As intervenções de enfermagem mais frequentes/necessárias são: aconselhamento nutricional, promoção de exercício e cuidados com os pés, justamente relacionados aos princípios do tratamento para o DM2 (alimentação saudável, exercício físico e educação para a saúde).
- Na educação continuada às pessoas, devem ser consideradas suas crenças

e como elas influenciam no modo como cuidam do DM.

- **Considerações sobre as CONSEQUÊNCIAS/RESULTADOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

- A educação em saúde evita reinternações.
- A educação em DM é uma ferramenta para a garantia do autocuidado.
- A ação educativa gera resultados satisfatórios quanto à mudança do nível de conhecimento das pessoas com DM.
- A educação em saúde possibilita às pessoas a execução de práticas favoráveis à saúde e ao bem-estar, educando essas pessoas e suas famílias e gerando autonomia.
- A educação em saúde sobre o autocuidado pode diminuir a incidência de feridas/úlceras nos pés de pessoas com DM. A recorrência de úlceras nos pés ressalta a importância da educação em saúde, visando a evitar úlceras secundárias.
- A educação em saúde às pessoas com DM hospitalizadas gera maior satisfação e melhora o controle metabólico.

- **Considerações sobre EDUCAÇÃO NO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR**

- A educação em DM não pode esperar até a alta hospitalar. Antes da alta hospitalar devem ser abordados: identificação do cuidador, nível de compreensão do diagnóstico, automonitorização, metas glicêmicas; reconhecimento, prevenção e tratamento de hiper e hipoglicemias; hábitos alimentares; gerenciamento do DM em dias de doença e uso adequado e descarte das agulhas e seringas.
- A educação em saúde para a alta hospitalar deve incluir “habilidades de sobrevivência” básicas (como compreensão do diagnóstico, reconhecimento e tratamento de hiper e hipoglicemia, automonitorização da glicose sanguínea, medicamentos, plano de refeições, manejo nos dias de doença, plano de acompanhamento do atendimento em saúde).

- **Considerações sobre PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM DM**

- Participar de um Programa de educação em DM sistematizado gera efeitos duradouros nos conhecimentos das pessoas.
- Programas de Educação em DM pautados nas abordagens “paciente centrado” e “equipe multidisciplinar” auxiliam a melhorar o controle glicêmico para pessoas hospitalizados, educam essas pessoas previamente à alta hospitalar e auxiliam no desenvolvimento de competências para o autocuidado.

- Pessoas com DM hospitalizadas que participam de Grupos de Apoio/Programas de Cuidado com o DM possuem melhores resultados clínicos, mais habilidades para o autocuidado e maior satisfação com o cuidado recebido.
- Contar com um enfermeiro educador em DM gera maior satisfação com a assistência pela pessoa, menos episódios de hiperglicemia, menor tempo de hospitalização e menores valores glicêmicos.
- Ter um enfermeiro especialista em DM no ambiente hospitalar gera efeitos positivos como: redução do número de erros, redução do tempo de hospitalização, aumento de educação em saúde para pacientes e educação continuada para os profissionais de saúde.
- Capacitação e motivação devem ser feitas por profissionais e equipes qualificadas em educação em DM.
- A participação das pessoas com DM em Grupos ou Programas de Cuidado/Autocuidado com o DM é benéfica e eficiente para essas pessoas, reduzem taxas de hospitalizações e oferecem acompanhamento de saúde pós-alta.

Subsídios da Revisão de Literatura e das Diretrizes - Dimensão Gerencial

- **Considerações sobre ESTRUTURA, MATERIAL E PESSOAL**
 - O material para a monitorização glicêmica deve ser descartável (lancetas, fitas, algodão).
 - Devem ser usados glicosímetros que possuem fator de correção para informar valor de plasma ajustado e que corrigem variação de hematócrito e substâncias intervenientes.
 - Sistema eletrônico com prescrição médica, documentos, registros, diretrizes, formulários interligados eletronicamente auxiliam na melhoria dos cuidados prestados no ambiente hospitalar.
 - O déficit no quantitativo de enfermeiros com expertise em DM nos ambientes hospitalares ocasionam déficit nos cuidados de enfermagem.
 - Ter uma equipe de enfermeiros e outros profissionais para cuidados específicos às pessoas com DM hospitalizadas causa impacto positivo na redução do tempo de hospitalização e melhoria da assistência.
 - Enfermeiros gerais fornecem cuidados gerais às pessoas com DM hospitalizadas e necessitam de apoio/suporte de grupo de enfermeiro especializado em DM.
 - Envolvimento de especialista ou equipes especializadas reduzem o tempo

de internação, melhoram o controle glicêmico e os resultados clínicos.

- Criação da posição “enfermeiro educador em DM para pessoas/pacientes hospitalizados”, com objetivo de empoderar outros enfermeiros através de um programa de educação continuada, fomentando conhecimentos e recursos, atende necessidades de educação em Unidades de Internação específicas e fomenta a criação de Grupo Multidisciplinar de DM.

- São elementos inter-relacionados importantes para o cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas: apoio à pessoa com DM para o autocuidado; estruturação de linha de cuidado para a pessoa com DM; sistema de informação clínica sobre a pessoa com DM; e apoio à decisão clínica sobre a pessoa com DM.

- **Considerações sobre POLÍTICAS INSTITUCIONAIS E USO DE PROTOCOLOS**

- Um protocolo de manejo da hipoglicemia deve ser adotado e implementado em qualquer hospital.

- O protocolo de manejo da hipoglicemia aguda é um critério de segurança para instituições hospitalares e requer equipe de enfermagem bem preparada, além de disponibilidade rápida de carboidratos simples.

- A política hospitalar deve ter diretrizes para uso de bomba de insulina hospitalar e equipe de enfermagem treinada para sua aplicação.

- Hospitais devem ter políticas e procedimentos que orientam o cuidado ao paciente com DM hospitalizado.

- Uma política de uso de bomba de infusão de insulina subcutânea contínua deve ser implementada no ambiente hospitalar, visando à segurança da pessoa/paciente com DM, considerando as preferências/tomada de decisão por essas pessoas.

- Deve haver protocolo para situações específicas, como por exemplo, para início de terapia insulínica como tratamento medicamentoso, de forma a fornecer subsídios para uma melhor assistência às pessoas/pacientes com DM.

- Uso de protocolos prevêm padronização dos cuidados em todo o hospital e aumentam a eficácia e a segurança da atenção em saúde às pessoas com DM.

- **Considerações sobre EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

- O enfermeiro deve atuar no processo de qualificação dos trabalhadores da saúde em atividades de educação continuada.

- Educação continuada para médicos e enfermeiros, uso de diretrizes para o

rastreio e prevenção de complicações do DM e alocação de mais recursos são importantes para o manejo/tratamento das úlceras nos pés de pessoas com DM.

- O enfermeiro deve saber/ ser capacitado para cuidar da pessoa em uso de bomba de insulina no ambiente hospitalar.
- Os conhecimentos da equipe de enfermagem são essenciais para o monitoramento e para a manutenção dos níveis glicêmicos adequados.
- A educação continuada tem papel fundamental no suporte ao conhecimento de enfermeiros diante de complexas condições clínicas.

• **Considerações sobre MULTI E INTERDISCIPLINARIDADE**

- Deve haver abordagem em equipe multidisciplinar para estabelecer trajetórias no cuidado hospitalar, metas glicêmicas e desenvolvimento de protocolos.
- Uma abordagem multidisciplinar reduz as taxas de amputações de pessoas/pacientes com DM.
- É importante a prescrição de exercícios físicos durante a hospitalização, pois ajudam a manter as funções físicas das pessoas/pacientes com DM, especialmente os idosos.
- A educação continuada para médicos e enfermeiros (Programa educacional para profissionais de saúde) com foco nos cuidados às pessoas com DM resulta em efeitos significativos para a redução de níveis glicêmicos dos pacientes.
- É importante haver sessões educativas para os membros da equipe multidisciplinar, sendo que cada um deve socializar seus conhecimentos com os demais membros da equipe de saúde.
- A educação em saúde/educação continuada para os profissionais de ambientes hospitalares é essencial.
- Transformar os cuidados às pessoas com DM no hospital e melhorar o controle glicêmico requer abordagem multidisciplinar.

• **Considerações sobre a CRIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM DM**

- Deve haver Programa de caráter informativo e motivacional junto aos segmentos envolvidos, associado à abordagem multidisciplinar para o tratamento de hiperglicemia e com delimitação das ações de cada profissional.
- É importante o hospital contar com um Programa de Assistência à Pessoa com DM, em que essas pessoas sejam atendidas por uma equipe multiprofissional.

- Equipes inovadoras de enfermeiros especialistas em DM reduzem o número de internações por educar profissionais e pessoas no controle do DM.

• **Considerações sobre as ROTINAS E SOBRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

- Uso da abordagem paciente-centrado, com processo colaborativo focado no trabalho mútuo paciente-enfermeiro, é benéfico no gerenciamento de pessoas/pacientes com DM hospitalizadas.

- O planejamento de alta hospitalar inicia-se no momento da admissão no hospital e deve ser atualizado conforme necessidades da pessoa hospitalizada.

- A avaliação das necessidades e desejos do paciente/pessoa, como encaminhamento a um programa de DM ambulatorial ou unidade básica de saúde deve ser parte do planejamento de alta.

- Identificar diagnósticos de enfermagem pode propiciar acurácia nos focos de cuidado às pessoas com DM.

- É importante o envolvimento de enfermeiros em pesquisas, visando à revisão dos padrões de atendimento e de registros de enfermagem.

- As taxas de pessoas com DM com úlceras nos pés é elevada, e a realização de exame dos pés no ambiente hospitalar ainda é pobre, portanto é necessário melhorar/sistematizar a atenção em podologia.

- Úlceras nos pés são mais prováveis de acometer pessoas de meia-idade, sexo masculino, longo período de DM, pobre controle glicêmico e comorbidades associadas, portanto estes são sinais de alerta para o enfermeiro desenvolver ações de enfermagem visando à prevenção de complicações, como a educação em saúde esse público.

- Identificar o conhecimento da pessoa acerca das complicações do DM é função do enfermeiro e da equipe multidisciplinar.

- Avaliar o conhecimento da pessoa acerca das complicações do DM pelo enfermeiro contribui para subsidiar as ações educativas em saúde visando a promoção da saúde e prevenção de complicações.

- O encaminhamento a um Centro de Diabetes Ambulatorial para educação e acompanhamento ajuda as pessoas/pacientes a suprir necessidades do autogerenciamento do DM.

- A sistematização do cuidado, envolvendo planejamento, execução e avaliação contínua, promove a melhoria do cuidado e a padronização dos registros.

- Deve haver comprometimento da Enfermagem em disseminar orientações que favoreçam o autocuidado à pessoa com DM e promovam uma melhor

qualidade de vida.

- O enfermeiro deve estar engajado na assistência à pessoa com DM e programar novas práticas de cuidado capazes de promover saúde, adesão e autocuidado.

- Utilizar os comportamentos de autocuidado na avaliação dos resultados educacionais a curto/médio/longo prazo deve ser um dos objetivos da equipe de enfermagem.

- A equipe de enfermagem deve considerar a pessoa/paciente holisticamente, com visão biopsicossocial.

- A abordagem biopsicossocial auxilia na promoção de autonomia das pessoas que acreditam na melhora da qualidade de vida mesmo quando se tem uma condição crônica de doença.

- O plano de alta hospitalar, a continuidade do cuidado, uma enfermagem especializada em DM e o uso de ferramentas eletrônicas para as informações de saúde são intervenções que reduzem custos e melhoram a qualidade da assistência e de vida dos pacientes.

- O uso de insulina endovenosa, protocolos de insulina basal-bolus subcutâneo expandido (evitando o uso da escala de insulina isolada/*slidingscale*) e o aumento da frequência do monitoramento de glicose sanguínea são aspectos que melhoram o atendimento às pessoas com DM nos hospitais.

- A equipe de enfermagem e de saúde devem agir em parceria com a pessoa em uso de bomba de infusão contínua de insulina subcutânea no ambiente hospitalar e realizar documentação/registros.

- Registros de enfermagem sobre a pessoa com DM devem incluir: data, hora e valor glicêmico, dose de insulina administrada, dose de insulina recusada ou não administrada e ingestão de nutrição.

- O planejamento de alta deve englobar necessidades biológicas, sociais e acompanhamento pós-alta.

- O planejamento de alta imprime importância ao enfermeiro fornecendo intervenções de enfermagem adequadas.

- É importante o uso de um impresso específico para o planejamento de alta, abrangendo informações/necessidades a serem trabalhadas junto ao paciente e considerando suas necessidades individuais, e ações de enfermagem a serem desenvolvidas.

- Estimular o auto manejo do DM pela pessoa no ambiente hospitalar pode ser apropriado para adultos competentes, com nível de consciência estável e habilidades físicas necessárias para a monitorização da glicemia e administração de insulina.

- Na alta hospitalar, oferecer insumos necessários, medicações, prescrições e informações necessárias a fim de evitar o hiato no cuidado até a pessoa ter

a possibilidade de obter por conta própria os insumos para a continuidade do autocuidado.

- A alta hospitalar deve fazer parte do Processo de Enfermagem.

- **Considerações sobre a CONTRA-REFERÊNCIA**

- Deve haver comunicação clara entre profissionais do hospital e os profissionais da atenção primária ou de ambulatórios, diretamente ou através de resumos de alta para favorecer a continuidade da assistência.

- O acompanhamento da pessoa através da visita de profissionais da atenção primária, endocrinologista ou educador em DM após a alta hospitalar é recomendado.

- **Considerações sobre o TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO E CUSTOS HOSPITALARES**

- Reduzir o tempo de hospitalização das pessoas com DM é um foco atual de estudos.

- A atuação da equipe de enfermagem reduz riscos e complicações no ambiente hospitalar, diminuindo o tempo de hospitalização.

- Evitar falhas na prevenção de complicações e no controle do DM melhora a saúde das pessoas/pacientes, reduz o número de hospitalizações e reduz os custos do tratamento.

- A redução do tempo de hospitalização exige a identificação das pessoas com hiperglicemia, formas de analisar esses episódios e monitorar e tratar a hiperglicemia, culminando na melhor qualidade de atendimento e custo-efetividade.

3. SUBSÍDIOS CONTEXTUAIS-EMPÍRICOS

O “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas” considera como “Subsídios Contextuais-Empíricos” os resultados obtidos em três pesquisas prévias: a) “Perfil de Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas” (realizada entre 2012 e 2013 pelas autoras do Modelo); b) “Percepção de Pessoas com Doenças Crônicas sobre a Hospitalização” (realizada em 2014 com a participação de uma das autoras; os resultados utilizados foram considerados dados secundários); e c) “Percepção de Enfermeiras sobre o Cuidado às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas” (realizada em 2014 pelas autoras do Modelo).

Esses temas foram escolhidos para integrar o referido modelo, porque, primeiramente, consideramos de extrema importância para o desenvolvimento de qualquer Modelo de Cuidado de Enfermagem o conhecimento das principais características da população alvo, de forma a adequar/adaptar a sistematização da assistência à saúde ao público específico. Ao obter informações sobre aspectos individuais, sociodemográficos e clínicos sobre as pessoas com DM hospitalizadas, acreditamos que é possível fazer uma aproximação em relação às reais necessidades de cuidado desta população.

Em segundo lugar, sob uma perspectiva integrativa e colaborativa, consideramos as percepções referentes ao processo de hospitalização de pessoas adultas com doenças crônicas internadas, buscando compreender seus medos e expectativas e, finalmente, também consideramos as percepções de enfermeiros por serem agentes fundamentais na elaboração de ideias e estratégias factíveis para a composição de Modelos de Cuidado de Enfermagem. Esses profissionais podem refletir sobre a realidade vivenciada, discutir facilidades e dificuldades do contexto hospitalar gerencial e assistencial e elencar os aspectos a serem aprimorados, oferecendo direções para que o Modelo de Cuidado de Enfermagem seja efetivo na prática. Ou seja, é igualmente importante “ouvir a percepção das pessoas/pacientes específicas(os)” e “ouvir os profissionais responsáveis pelas ações/práticas de saúde”.

Descrevemos a seguir os **Subsídios Contextuais-Empíricos** provenientes de: a) Perfil de Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas; b) Percepção de Pessoas com Doenças Crônicas sobre a Hospitalização; e c) Percepção de Enfermeiras sobre o Cuidado às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas.

a) Perfil de pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas

Esta pesquisa quantitativa buscou informações em prontuários de 175 pessoas com DM hospitalizadas e mostrou que, em nossa realidade, as pessoas com DM que necessitam de hospitalização são homens e mulheres, quase na mesma proporção, ou seja, o sexo não influencia significativamente em maior ou menor taxa de internação hospitalar. Pessoas de todas as idades têm experimentado a hospitalização, no entanto, há predominância de idosos. A maioria das pessoas é casada e possui baixa escolaridade. Crenças em diferentes religiões são citadas, sendo predominante a religião católica. Quanto aos motivos que levam as pessoas com DM a necessitar de hospitalização, os principais são referentes a complicações do sistema endócrino, circulatório e respiratório. Comorbidades associadas são comuns no quadro de saúde-doença das pessoas com DM, sendo que as mais frequentes são as comorbidades relacionadas ao sistema circulatório, sistema urinário e sistema respiratório. O tempo de hospitalização foi muito variável, sendo que se observaram casos de hospitalização com duração entre um e 78 dias. A mediana do valor glicêmico de chegada ao hospital foi igual a 200mg/dL. Na glicemia de saída do hospital houve 65,14% (n=114) na faixa de valores ≥ 141 mg/dL, 28% (n=49) na faixa de valores entre 70 a 140mg/dL, 1,15% (n=02) na faixa de valores ≤ 69 mg/dL e 5,71% (n=10) casos em que os valores não estavam disponíveis no momento da coleta de dados. Ocorreu elevado número estatístico de pessoas com DM hospitalizadas com lesões nos pés ou com história de amputações prévias.

Diante do (re)conhecimento dessa população, elencamos no Quadro 02 os “Subsídios contextuais”, organizados nas dimensões clínica, educativa e gerencial, e que devem ser considerados diante do cuidado de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar e que, portanto, devem estar presentes/refletidos na operacionalização dos cuidados de enfermagem.

Quadro 2 - Subsídios do Perfil de Pessoas com DM Hospitalizadas

Subsídios Contextuais-empíricos
<p><u>Subsídios do Perfil de Pessoas com DM Hospitalizadas- Dimensão Clínica</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Considerações sobre os CASOS CLÍNICOS - A internação de pessoas com DM é clinicamente complexa devido à idade avançada, baixa escolaridade, presença de variadas comorbidades, possibilidade de complicações do DM e pelo próprio manejo clínico. - O motivo da hospitalização geralmente está relacionado à falta de controle da condição crônica.
<p><u>Subsídios do Perfil de Pessoas com DM Hospitalizadas- Dimensão Educativa</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Considerações sobre EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ACORDO COM O PERFIL DAS PESSOAS - Ações de promoção da saúde e educação em saúde devem considerar as características de cada pessoa, como escolaridade, idade, apoio social, atividade profissional, dentre outras. - Ações de prevenção de lesões nos pés devem ser implementadas na hospitalização. - Ações para o empoderamento devem ser ajustadas à escolaridade, idade e condições clínicas
<p><u>Subsídios do Perfil de Pessoas com DM Hospitalizadas - Dimensão Gerencial</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Considerações sobre GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DM - Equipe multi e interdisciplinar deve ter atuação intersetorial visando a atender as pessoas de forma integral. - É necessária a inclusão de gestão de casos, pois a gestão do cuidado às pessoas com DM é complexa. - As ações de cuidado devem focar a redução/adequação do tempo de internação.

- A interdisciplinaridade ainda não é uma realidade na prática assistencial, apesar de haver uma equipe multidisciplinar.
- Os registros dos profissionais da saúde precisam ser completos, sistematizados e expressar a inter-relação necessária para o cuidado integral.

b) Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização

Nesta pesquisa qualitativa, as autoras realizaram entrevistas com pessoas com doenças crônicas, buscando conhecer a percepção dessas pessoas acerca da vivência da hospitalização. Apresentamos, no Quadro 03, os “Subsídios empíricos”, organizados nas dimensões clínica, educativa e gerencial, que devem ser considerados diante do cuidado de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar e, portanto, precisam estar presentes/refletidos na operacionalização do plano assistencial.

Quadro 3 - Subsídios da Percepção de Pessoas com Doenças Crônicas sobre a Hospitalização

Subsídios Contextuais-empíricos
<p style="text-align: center;"><u>Subsídios da Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização- Dimensão Clínica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerações sobre MOTIVOS QUE LEVARAM À HOSPITALIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> - Um tratamento rigoroso demais e com elevado custo financeiro não é seguido, ocasionando baixa adesão. • Considerações sobre SENTIMENTOS/EXPECTATIVAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> - Durante a hospitalização ocorre maior adesão ao tratamento e melhora do quadro clínico. - A hospitalização gera a expectativa de maior adesão aos cuidados com a condição crônica. - A hospitalização contribui para melhorar a adesão ao tratamento e gerenciamento da condição crônica.

Subsídios da Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização- Dimensão Educativa

• **Considerações sobre MOTIVOS QUE LEVARAM À HOSPITALIZAÇÃO**

- A falta de conhecimento influencia nas reinternações. E educação em saúde deve considerar o nível de escolaridade para garantir a compreensão e adesão ao tratamento.

• **Considerações sobre SENTIMENTOS/EXPECTATIVAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO**

- O momento da hospitalização é propício para ações de enfermagem visando à promoção da saúde e à educação em saúde.

- O hospital é um ambiente estratégico para ações de promoção da saúde e educação em saúde.

- Conscientizar o paciente de que: (i) é capaz de conhecer sintomas e procurar atendimento em saúde; (ii) deve estar ciente da importância da mudança de hábitos de vida; (iii) precisa adquirir sensibilização e auto responsabilização em relação às complicações do DM; (iv) deve reconhecer sua condição de saúde (não banalização); (v) a hospitalização é parte da recuperação da saúde; (vi) a hospitalização contribui para a conscientização/consciência da necessidade de mudanças no estilo de vida e planejamento de novas atitudes na rotina futura/pós-alta.

Subsídios da Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização- Dimensão Gerencial

• **Considerações sobre SENTIMENTOS/EXPECTATIVAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO**

- A hospitalização gera medo, e sentimentos conflitantes são vivenciados pela pessoa.

- A hospitalização favorece o gerenciamento da condição crônica.

- A hospitalização é um espaço para o planejamento do controle da doença.

- Os profissionais de saúde devem conhecer os pacientes, ouvir, valorizar seus medos, preocupações e expectativas.

- Uma relação de confiança entre o paciente e o profissional favorece o

manejo da condição.

- Um bom relacionamento paciente-profissional de saúde incentiva a confiança e o autocuidado.

• **Considerações sobre AÇÕES GERENCIAIS HOSPITALARES**

- As ações devem ser multissetoriais, envolvendo o setor saúde, o político, o econômico e o social, mantendo articulação entre esses setores.

- As condições de trabalho adequadas favorecem a prática efetiva de uma equipe multidisciplinar integrada.

- É importante buscar reduzir reinternações e reduzir custos.

- Deve-se ampliar as ações educativas no ambiente hospitalar.

c) Percepção das enfermeiras sobre o cuidado hospitalar às pessoas com diabetes mellitus

Nesta pesquisa qualitativa, as autoras realizaram entrevistas com enfermeiras assistenciais dos setores de Internação Médico-cirúrgica Adulto, buscando conhecer a percepção dessas profissionais acerca dos cuidados às pessoas com DM durante a hospitalização. Elencamos, no Quadro 04, os “Subsídios Contextuais-empíricos” para o cuidado de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar, distribuídos nas dimensões clínica, educativa e gerencial do cuidado de enfermagem.

Quadro 4 - Subsídios da Percepção das enfermeiras sobre o cuidado às pessoas com DM hospitalizadas

Subsídios Empíricos

Subsídios da Percepção das enfermeiras sobre o cuidado hospitalar às pessoas com diabetes mellitus - Dimensão Clínica

• **Considerações sobre AÇÕES ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM**

- Considerar a complexidade do quadro saúde-doença de cada paciente.

- O cuidado de enfermagem inclui: avaliação e cuidados com os pés; controle de diurese/ função renal; identificação e controle dos sinais de hipo e hiperglicemia; mobilização dos pacientes dependentes; promoção de sono e de repouso adequados.

- Uso de protocolos para situações específicas.
- Tomar ciência do diagnóstico de DM no momento da admissão do paciente.

- **Considerações sobre AÇÕES INTERDISCIPLINARES**

- Exercícios físicos e atividades físicas são importantes no hospital.
- Nutrição e hidratação precisam ser controladas.

Subsídios da Percepção das enfermeiras sobre o cuidado hospitalar às pessoas com diabetes mellitus - Dimensão Educativa

- **Considerações sobre AÇÕES EDUCATIVAS PARA AS PESSOAS COM DM**

- É relevante ter educação em saúde contínua individual e em grupo e promoção da saúde para as pessoas com DM hospitalizadas.

Subsídios da Percepção das enfermeiras sobre o cuidado hospitalar às pessoas com diabetes mellitus- Dimensão Gerencial

- **Considerações sobre AÇÕES EDUCATIVAS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

- Manutenção de educação continuada para a equipe de enfermagem.
- Uso de teorias de enfermagem - base para a prática de enfermagem.
- Desenvolver a abordagem que visa à integralidade e à autonomia da pessoa.

- **Considerações sobre AÇÕES EDUCATIVAS PARA A EQUIPE INTERDISCIPLINAR**

- Manutenção de educação continuada para profissionais de saúde: comunicação e interdisciplinaridade.
- Manutenção de educação continuada para profissionais de saúde: doenças crônicas.

- **Considerações sobre ESTRUTURA, MATERIAL E PESSOAL**

- Cuidados com armazenamento, manipulação e administração da insulina.
- A equipe deve ser multi e interdisciplinar.
- Necessidade de estrutura física: sala para reuniões e educação em

saúde em cada Unidade de Internação.

- Necessidade de estrutura hospitalar - recursos estruturais, materiais, de pessoal.

- Ter um histórico de Saúde Multidisciplinar.

- Padronização do impresso/local para registro dos valores do HGT.

- Profissional específico ou equipe específica para a educação em saúde dos pacientes com DM.

- Manter atualizado o sistema/tecnologia de informação - prontuário eletrônico.

- Tempo hábil para as funções/cuidados de enfermagem com dimensionamento de pessoal adequado.

• **Considerações sobre a atuação MULTI E INTERDISCIPLINAR**

- Previsão de atividades de lazer.

-Atuação para atendimento das necessidades espirituais, necessidades psíquicas e sociais.

- Atuação para atendimento das necessidades clínicas.

• **Considerações sobre as ROTINAS E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

- Equipe de enfermagem corresponsável pelas rotinas e pela qualidade da assistência.

- Estabelecer meios de comunicação efetivos: trabalho compartilhado entre enfermeira da Unidade e enfermeira do Ambulatório e co-responsabilização pela pessoa com DM.

- Reconhecimento da rede de apoio dos pacientes.

- Continuidade do cuidado: *checklist* para a continuidade da educação em saúde.

- Individualização das prescrições de enfermagem.

- Criação de inquérito sobre o DM.

- Padronização do rodízio da punção capilar para verificar o HGT.

- Padronização do rodízio para a aplicação de insulina SC.

- Planejamento da alta hospitalar.

- Importância dos registros de enfermagem.

- Trabalho compartilhado entre Unidade e ambulatório.

- Relevância da visita multiprofissional às pessoas com DM hospitalizadas.

- Abordagem paciente-centrado inserido na equipe multi/interdisciplinar e Paciente corresponsável.

- **Considerações sobre a CONTRA-REFERÊNCIA**

- Realização da interssetorialidade na rede do sistema de saúde.
- Atuação em rede de atenção à saúde.
- Definição das responsabilidades.

O conjunto desses subsídios foram analisados, conforme descrito no método e constituíram os elementos para a composição da Base Operacional.

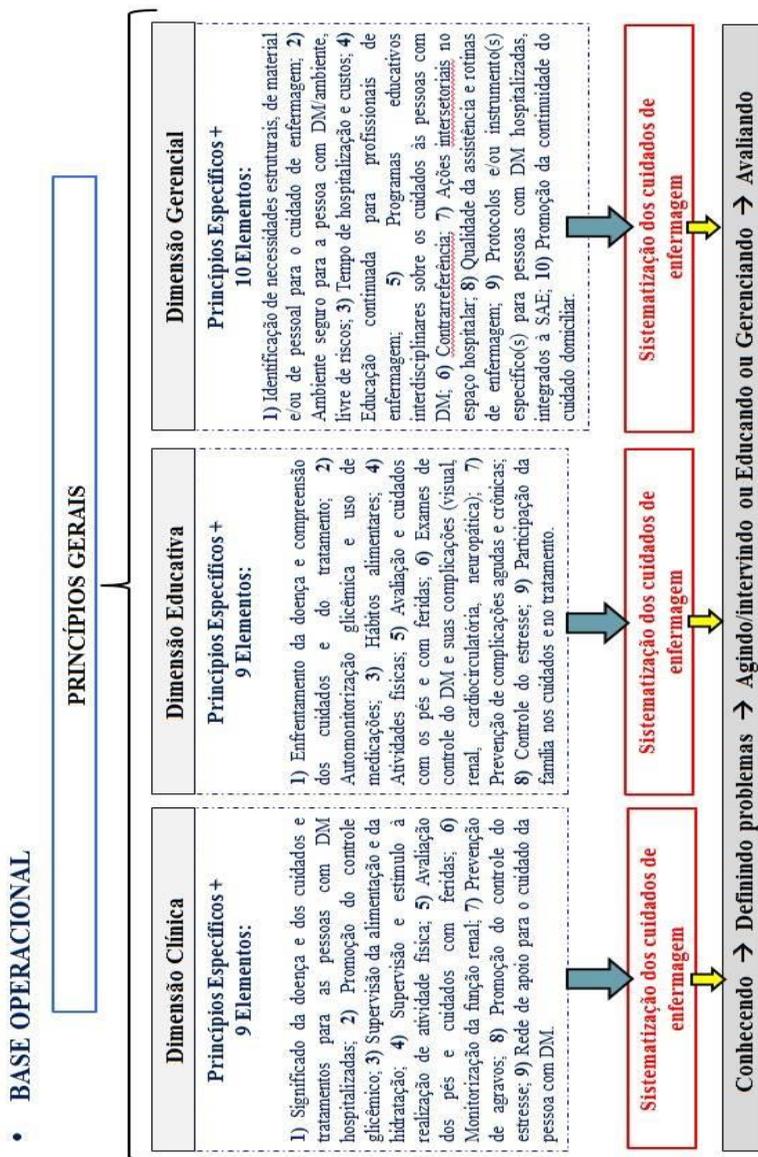
- **BASE OPERACIONAL**

A Base Operacional compreende o “**Método de Operacionalização na Prática ou Metodologia do Cuidado**” e tem como referência a Base Teórica, ou seja, os Subsídios Teóricos, Científicos e Contextuais-Empíricos.

A Base Operacional apresenta **Princípios Gerais** que orientam as três dimensões do cuidar em enfermagem: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial. Cada dimensão apresenta **Princípios Específicos, Elementos que a compõem e Sistematização dos cuidados de enfermagem** organizada em: Conhecendo, Definindo problemas, Agindo/intervindo (ou Educando ou Gerenciando) e Avaliando.

Visando a melhor compreensão didática, exibimos a representação esquemática da Base Operacional na Figura 9.

Figura 9 - Representação esquemática da Base Operacional



Imaginamos a seguinte situação genérica em qualquer instituição hospitalar: a pessoa com DM é admitida em uma Unidade de Internação Médico-Cirúrgica Adulto proveniente do seu domicílio ou proveniente de outra Unidade de Internação (Emergência, Unidade de Tratamento Intensivo ou outra Unidade Médico-Cirúrgica, por exemplo). O passo inicial do cuidado de enfermagem de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) comumente é o desenvolvimento do Histórico de Enfermagem ou Evolução de Chegada, que compreendem a anamnese e o exame físico realizados pelo enfermeiro, sendo esse o primeiro contato entre a pessoa e o enfermeiro e que visa a conhecer e planejar os cuidados de enfermagem à pessoa.

Sugerimos que, neste momento inicial, no qual o enfermeiro deve tomar conhecimento da condição crônica de saúde da pessoa – o DM, a operacionalização do “**Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas**” seja iniciada. Para isso, o enfermeiro deve estar ciente e levar em consideração a Base Teórica e desenvolver a Base Operacional adequando-a a sua realidade de prática assistencial.

1. PRINCÍPIOS GERAIS

Os Princípios Gerais do Modelo de Cuidado às pessoas com DM hospitalizadas orientam as três dimensões do cuidado: Clínica, Educativa e Gerencial. Estão descritos no quadro a seguir (Quadro 5).

Quadro 5 - Princípios Gerais do Modelo de Cuidado às pessoas com DM hospitalizadas

PRINCÍPIOS GERAIS
- A cronicidade do DM é um componente do cuidado de enfermagem, na perspectiva de que suas ações vão para além dos cuidados específicos das alterações clínicas.
- A hospitalização é compreendida como potencializadora da adesão aos tratamentos e cuidados e como espaço propício para a educação em saúde.
- Cuidar da pessoa com DM envolve o reconhecimento da necessidade de cuidados contínuos, do controle da progressão da doença, do reconhecimento das mudanças trazida para suas vidas e às de suas famílias, da necessidade de adaptações para lidar de forma mais harmônica com a doença.
- Os tratamentos, cuidados e orientações em saúde devem ser

flexibilizados de acordo com a condição de vida e de saúde das pessoas com DM.
- As ações de enfermagem estão inter-relacionadas com as ações de outros profissionais na perspectiva de uma atuação interdisciplinar.
- As ações de enfermagem devem estar registradas no prontuário da pessoa com DM hospitalizada, de maneira clara, completa e sistemática, de fácil acesso para os membros da equipe de saúde e refletindo a evolução do quadro clínico, do processo educativo e do gerenciamento do cuidado.

2. DIMENSÃO CLÍNICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS

Está composta por: a) Princípios específicos da dimensão clínica; b) Elementos que compõem a dimensão clínica; c) Ações de enfermagem na dimensão clínica do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas:

- Conhecendo
- Definindo problemas
- Agindo/intervindo
- Avaliando

a) Princípios Específicos da Dimensão Clínica (Quadro 6)

Quadro 6 - Princípios Específicos da Dimensão Clínica

PRINCÍPIOS ESPECÍFICOS DA DIMENSÃO CLÍNICA
- Na hospitalização, é essencial um olhar específico aos aspectos clínicos do DM, porém mantido um olhar integral para a pessoa.
- O cuidado específico à pessoa com DM é desenvolvido independentemente do motivo que o levou à hospitalização, ou seja, mesmo que a causa da hospitalização seja uma doença ou situação clínica não associada ao DM, serão realizados cuidados de enfermagem relacionados ao DM.
- A participação das pessoas com DM hospitalizadas e seus familiares na tomada de decisões clínicas e nos cuidados, realizados pela equipe de enfermagem durante a hospitalização, estimula o seu autocuidado.
- O uso de protocolos favorece a segurança na atenção às pessoas com DM hospitalizadas, quando utilizados em situações específicas e objetivas.
- A atuação do enfermeiro para o controle clínico do DM requer

conhecimento específico sobre o DM e suas possíveis inter-relações com outras doenças e condições de saúde.

b) Elementos que compõem a Dimensão Clínica

1) SIGNIFICADO DA DOENÇA E DOS CUIDADOS E TRATAMENTOS PARA AS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS

Envolve reconhecer o significado do viver com DM para as pessoas e dos cuidados e tratamentos necessários. Significa identificar como a pessoa compreende a cronicidade da doença e como isso influencia no seu autocuidado e, conseqüentemente, no quadro clínico de saúde.

2) PROMOÇÃO DO CONTROLE GLICÊMICO

Abrange o monitoramento da glicemia de maneira sistemática e individualizada (frequência e horários de acordo com as necessidades de cada pessoa) e as correções glicêmicas através de administração de insulina e outros medicamentos, conforme indicado na prescrição médica ou em protocolos institucionais. Associa outras ações de controle dos níveis glicêmicos intra-hospitalares, como por exemplo, cuidados com alimentação, atividade física, controle do estresse, reconhecendo as necessidades de cada pessoa.

3) SUPERVISÃO DA ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

Significa considerar os hábitos e as preferências das pessoas com DM e acompanhar/supervisionar sua aceitação da alimentação e da hidratação, auxiliando de acordo com a dependência/independência apresentada pela pessoa com DM hospitalizada.

4) SUPERVISÃO E ESTÍMULO À REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Inclui estimular e supervisionar a realização de atividades físicas durante a hospitalização, envolvendo, além das atividades de higiene, conforto e nutrição, outras atividades como a deambulação, participação em grupos de atividades lúdicas/aeróbicas, considerando a condição de saúde de cada pessoa, uso de dispositivos invasivos que possam interferir na mobilidade e seu grau de dependência/independência, evidenciando os benefícios/influências da atividade física no controle glicêmico.

5) AVALIAÇÃO DOS PÉS E CUIDADOS COM FERIDAS

Refere-se à realização da avaliação sistematizada dos pés com uso de instrumentos específicos (caso não tenha sido realizada nos últimos três meses ou não haja acesso a registros anteriores). Envolve os cuidados com feridas e o acompanhamento de sua evolução.

6) MONITORIZAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

Envolve realizar o controle urinário e acompanhar resultados de exames clínicos que elucidam a função renal (especialmente o valor de creatinina).

7) PREVENÇÃO DE AGRAVOS

Significa avaliar a presença e/ou analisar os riscos de complicações agudas (cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico, hipoglicemia) e complicações crônicas microvasculares (nefropatia, retinopatia) e macrovasculares (infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica, doença cerebrovascular) e neuropáticas (neuropatias, pé diabético). Mesmo que a causa principal da hospitalização seja por outras doenças ou alterações, a prevenção de agravos envolve estar atento também aos cuidados com o manejo clínico do DM e ter um olhar integral à pessoa hospitalizada.

8) PROMOÇÃO DO CONTROLE DO ESTRESSE

Abrange avaliar presença ou risco de estresse (com uso de instrumentos específicos), identificar possíveis causas e indicar medidas de controle em relação ao ambiente hospitalar e a outros que a enfermeira tenha identificado.

9) REDE DE APOIO PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DM

Significa identificar a existência, fortalezas ou fragilidades na rede de apoio das pessoas hospitalizadas para o manejo cotidiano do DM, buscando conhecer quem são as pessoas e/ou instituições que apoiam a pessoa com DM nos cuidados durante a hospitalização e em seu domicílio.

c) Sistematização do cuidado de enfermagem na dimensão clínica do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas

- **“CONHECENDO”** – O que preciso conhecer sobre a pessoa com DM hospitalizada para desenvolver o cuidado clínico do cuidado de enfermagem

Inclui o reconhecimento da condição clínica específica em relação ao DM, integrando essas informações como parte do histórico de enfermagem. Ou seja, ao conhecer a história da saúde geral da pessoa, deve-se explorar especificamente o viver, os hábitos, os tratamentos e os cuidados relacionados ao DM que vêm sendo desenvolvidos.

É elaborado no momento da admissão hospitalar ou tão logo seja possível, focalizando além dos aspectos clínicos específicos, outras informações sobre a pessoa com DM, que irão contribuir nas dimensões educativas e gerenciais do cuidado.

Envolve um olhar integral para a pessoa e específico para cada elemento da dimensão clínica, considerando os aspectos que podem influenciar de forma direta ou indireta na condição clínica das pessoas com DM:

- percepção da doença e dos cuidados e tratamentos (como a pessoa vê sua doença e o tratamento que realiza/aceitação da condição):

- valores glicêmicos: sanguíneo, capilar e de hemoglobina glicada e medicações em uso;

- hábitos alimentares e de hidratação;

- atividades físicas e exercícios físicos que realiza e/ou condições para tal;

- condições dos pés e presença de feridas;

- volume urinário e resultados de exames da função renal;

- comorbidades e complicações agudas e crônicas do DM (alterações glicêmicas, risco ou presença de infecção, percepção visual, verificar se a pessoa com DM mantém o acompanhamento regular da acuidade visual, outras);

- percepção do estresse e suas causas (associar a aplicação de instrumento específico para avaliar o estresse);

- apoio familiar, de amigos, vizinhos e de outras instituições/entidades/pessoas.

- **“DEFININDO PROBLEMAS”** – Estabelecimento de problemas relacionados à dimensão clínica que necessitam de cuidados de enfermagem.

Envolve as situações clínicas que apresentam alterações e/ou potencial para alterações e sugerem ações de enfermagem visando a suprir, melhorar, amenizar ou retardar os problemas percebidos. Essa identificação dos problemas requer do enfermeiro tanto um domínio do conhecimento sobre a clínica do DM quanto do conhecimento da pessoa que está sob seus cuidados. Deve ser realizado logo após o Histórico de enfermagem e registrar as informações no próprio instrumento.

A identificação das necessidades/problemas segue o conteúdo dos elementos da dimensão clínica. Assim, buscando conhecer os problemas da pessoa com DM em relação à dimensão clínica do cuidado de enfermagem, indicamos que sejam identificadas situações como:

- déficit ou compreensão inadequada sobre a doença, cuidados e tratamentos (como a pessoa vê sua doença e o tratamento que realiza/não aceitação da condição crônica);
- alterações dos valores glicêmicos (oscilantes ou fora dos padrões de normalidade estabelecidos para a pessoa); identificar as possíveis causas dessas alterações; dificuldades ou fragilidades relacionadas à medicação em uso;
- hábitos alimentares e de hidratação não saudáveis ou inadequadas para a condição clínica;
- déficit e/ou dificuldades na realização de atividades físicas e exercícios físicos;
- alterações dos pés e presença de feridas em membros inferiores ou presença de fatores de risco;
- débito urinário e resultados de exames da função renal alterados;
- presença de comorbidades e complicações agudas e crônicas do DM (além das alterações glicêmicas, observar o risco ou a presença de infecção, de déficit visual, por exemplo, e outras);
- presença de estresse (associado ao escore obtido no instrumento específico de avaliação do estresse);
- déficit no apoio familiar, de amigos e de outras instituições/entidades/pessoas.

• **“AGINDO/INTERVINDO”** – Estabelecimento de metas e ações de cuidado de enfermagem na dimensão clínica

As metas do cuidado são voltadas para os problemas identificados, porém considerando a dinâmica da evolução clínica das pessoas com DM e dos recursos disponíveis na perspectiva de um cuidado integral, de qualidade e interdisciplinar.

O estabelecimento de metas indica que ações e intervenções de enfermagem são necessárias e devem ser individualizadas para cada pessoa com DM hospitalizada. Essas metas e ações são definidas após a identificação dos problemas e redefinidas ao longo da hospitalização, sendo registradas no Plano da Evolução de enfermagem e na Prescrição de Enfermagem. Conforme pode ser observado no Quadro 7, dentre as múltiplas e complexas possibilidades de metas e ações/intervenções, destacam-se:

Quadro 7 - Sistematização do cuidado de enfermagem na dimensão clínica do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas – Agindo e Intervindo na Dimensão Clínica do Cuidar

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA DIMENSÃO CLÍNICA DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS – AGINDO E INTERVINDO NA DIMENSÃO CLÍNICA DO CUIDAR	
METAS	AÇÕES
Melhorar a compreensão da condição crônica de saúde com aceitação e adaptação aos cuidados e tratamentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar educação em saúde individual e/ou grupal visando a auxiliar na melhor compreensão do DM, bem como a incentivar a adesão aos cuidados e tratamentos para o controle clínico da condição crônica durante a hospitalização e com vistas à continuidade pós-alta hospitalar (autocuidado domiciliar). - Desenvolver a atenção à pessoa com DM de forma interdisciplinar, compartilhando os cuidados especialmente com profissionais de psicologia, visando a fomentar a aceitação e os modos de adaptação para as mudanças de vida necessárias ao controle da condição crônica.
Obter controle glicêmico ótimo e suprir as dificuldades/fragilidades relacionadas às medicações em uso.	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar a complexidade do caso clínico da pessoa e planejar o controle glicêmico com metas individualizadas e realistas; realizar ações de educação em saúde individualizadas ou grupais visando a suprir as dificuldades/fragilidades relacionadas às medicações em uso. - Levantar as possíveis causas que

	<p>possam estar influenciando na falta/dificuldade de controle glicêmico e planejar objetivos e ações junto à pessoa com DM e seus familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as possíveis influências das outras doenças no controle do DM, e vice-versa.
<p>Planos alimentares e de hidratação saudáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar os planos alimentares e de hidratação visando a hábitos mais saudáveis de acordo com as condições de vida e saúde de cada pessoa com DM e seus familiares. - Realizar trabalho interdisciplinar, compartilhado especialmente com profissionais de nutrição, visando a sugerir adaptações para as mudanças de vida necessárias ao controle da condição crônica, em conjunto com a pessoa com DM e seus familiares, sendo a hospitalização um momento para iniciar ou reforçar essa mudança.
<p>Realização de atividades físicas no ambiente hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar e supervisionar a realização de atividades físicas no ambiente hospitalar, conforme as condições/capacidade de mobilidade e dependência/independência de cada pessoa com DM. - Realizar trabalho interdisciplinar, compartilhado especialmente com profissionais de fisioterapia, educação física ou terapia ocupacional visando a sugerir as atividades físicas factíveis de serem realizadas com segurança pela pessoa no ambiente hospitalar de modo a influenciar o controle clínico da condição crônica através de bem-estar, redução de estresse, redução do

	<p>sedentarismo intra-hospitalar e vida ativa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir e empoderar a pessoa com DM na tomada de decisão acerca das atividades a serem realizadas e sua frequência, bem como estimular os familiares a auxiliar/incentivar a pessoa na realização dessas atividades.
<p>Cuidados com as alterações nos pés e tratamento das feridas (se houver).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver os cuidados com as alterações nos pés e tratar as feridas (se houver), avaliando diariamente sua evolução e registrando-as no prontuário. - Realizar trabalho interdisciplinar, compartilhado especialmente com profissionais de enfermagem <i>experts</i> em tratamento de feridas, visando a buscar as melhores práticas com os tratamentos (coberturas e medicações) mais eficazes disponíveis na instituição. - Efetuar avaliação dos pés, registrando os resultados de forma a compartilhar com os demais profissionais, e nos diferentes espaços de atenção a saúde (atenção básica, especializada e hospitalar).
<p>Volume urinário adequado e acompanhamento dos resultados de exames da função renal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar o volume urinário diário, visando a perceber alterações como a polaciúria, que pode denotar alterações no controle metabólico. - Orientar/realizar educação em saúde para as pessoas com DM e seus familiares acerca da importância de atentar aos sinais e sintomas de alterações urinárias e sua relação com o DM.

	<p>- Acompanhar os resultados de exames da função renal, discuti-los com a equipe interdisciplinar e com a pessoa com DM e seus familiares, visando a realizar ações de prevenção das complicações do DM, como a disfunção renal.</p>
<p>Prevenção de comorbidades, re-internações e complicações do DM.</p>	<p>- Estar atento aos sinais e sintomas que indicam alterações que podem evoluir para as complicações do DM durante a anamnese e exame físico na admissão hospitalar da pessoa, bem como diariamente, conforme a necessidade ou características de cada pessoa.</p>
<p>Redução ou controle do estresse.</p>	<p>Buscar medidas de controle do estresse junto com a pessoa e seus familiares, visando a desenvolver estratégias para reduzir/controlar o estresse. Aplicar instrumentos específicos de avaliação do estresse (disponíveis na literatura ou em uso na instituição), registrando no prontuário o escore e o plano de cuidados a ser realizado de acordo com a necessidade de cada pessoa. Realizar trabalho interdisciplinar visando a buscar o desenvolvimento de diferentes atividades de lazer e outras atividades alternativas a serem implantadas na instituição hospitalar, se não as houver. São exemplos: grupos para a realização de cromoterapia, musicoterapia, cultos ecumênicos, biblioteca, acesso a computadores e <i>internet</i>, atividades físicas e recreação, artesanatos, pinturas, rodas de conversa com</p>

	diferentes profissionais de saúde, entre outros.
Apoio familiar, de amigos e de outras instituições/entidades/pessoas.	<p>- Articular o apoio familiar, de amigos e de outras instituições/entidades/pessoas durante e após a hospitalização.</p> <p>- Realizar trabalho interdisciplinar, especialmente com profissionais do Serviço Social, no reconhecimento do contexto socioeconômico de vida e na articulação do contato com os familiares, amigos ou instituições/entidades, visando a fortalecer o apoio social para o cuidado da condição crônica de saúde.</p> <p>- Realizar ações para a comunicação com setores da rede de saúde (atenção básica e especializada, se necessário), visando a desenvolver a contra referência da pessoa com DM na transição do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar.</p>
Fazer os encaminhamentos necessários na perspectiva do cuidado integral, interdisciplinar e de qualidade.	- Realizar ações de comunicação e de bom relacionamento com todos os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde visando a fortalecer a abordagem interdisciplinar e a integralidade dos cuidados às pessoas com DM e seus familiares no ambiente hospitalar.

• **“AVALIANDO”** – Avaliação das metas e ações/intervenções do enfermeiro em relação ao cuidado clínico de enfermagem

O processo de avaliação envolve a análise das condições clínicas das pessoas com DM hospitalizadas e suas respostas às ações de enfermagem. A avaliação considera conjuntamente o conhecimento sobre a pessoa com DM, seus problemas, as metas de cuidado

estabelecidas e as ações/intervenções desenvolvidas no sentido de definir: a continuidade, a modificação ou o acréscimo de novos cuidados ou, ainda, o encerramento de um cuidado pela resolução do problema ou pela inadequação desse cuidado.

O processo de avaliação na dimensão clínica do cuidado de enfermagem acontece na inter-relação entre o raciocínio lógico/clínico, pautado no conhecimento científico do enfermeiro, articulado com a vivência e com os saberes das pessoas com DM, considerando-as em sua integralidade. Assim, esta avaliação mantém um olhar integral para a pessoa, e um específico para cada elemento da dimensão clínica. A periodicidade dessa avaliação é definida pelo enfermeiro, de acordo com a situação específica de cada problema identificado e as metas de cuidado estabelecidas.

O enfermeiro deve desenvolvê-la de forma sistematizada, registrando na Evolução de enfermagem, que faz parte do prontuário do paciente, e de forma clara, para que o pensamento lógico do processo de cuidados seja compreendido pelos demais membros da equipe de enfermagem, visando a manter a continuidade dos cuidados.

3. DIMENSÃO EDUCATIVA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS

Está composta por: Princípios específicos da Dimensão Educativa; Elementos que compõem a Dimensão Educativa; Como desenvolver ações de enfermagem na Dimensão Educativa do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas:

- Conhecendo
- Definindo problemas
- Agindo/intervindo
- Avaliando

a) Princípios Específicos da Dimensão Educativa (Quadro 8)

Quadro 8 - Princípios Específicos da Dimensão Educativa

PRINCÍPIOS ESPECÍFICOS DA DIMENSÃO EDUCATIVA
- A educação é um processo social, cultural, histórico, dialógico, ético e ocorre ao longo da vida das pessoas. É pautada no respeito pelo outro, considerando as especificidades de cada um, na perspectiva da

humanização da assistência e de mútua colaboração.
- A educação em saúde é participativa e centrada na pessoa com DM hospitalizada, empoderando-a para seu autocuidado. Inicia-se no momento da admissão hospitalar e desenvolve-se ao longo da hospitalização até o momento da alta hospitalar.
- A educação em saúde no ambiente hospitalar é desenvolvida em articulação/parceria com a pessoa com DM e seus familiares e com outros níveis de atenção em saúde (atenção básica e ambulatorial).
- A educação em saúde deve ser realizada por profissionais qualificados, com expertise em DM e preparados para o uso de tecnologias educacionais, motivando as pessoas com DM para o autocuidado. O enfermeiro é o profissional que deve ter protagonismo na educação em saúde, incluindo a equipe de enfermagem, e em articulação com outros profissionais (interdisciplinaridade).
- A educação em saúde no ambiente hospitalar deve favorecer a associação entre a teoria e a prática para o autocuidado. Pode ocorrer de maneira individual ou grupal, de acordo com as necessidades das pessoas.

b) Elementos que integram a Dimensão Educativa

1) ENFRENTAMENTO DA DOENÇA E COMPREENSÃO DOS CUIDADOS E TRATAMENTO

Envolve desenvolver a educação em saúde, considerando o significado que o DM tem para a pessoa, auxiliando-a na compreensão dos cuidados e dos tratamentos e buscando estratégias de enfrentamento e convivência harmoniosa com a condição crônica de saúde.

2) AUTOMONITORIAÇÃO GLICÊMICA E USO DE MEDICAÇÕES

Inclui empoderar a pessoa com DM e seus familiares/cuidadores para a realização do procedimento técnico da automonitorização dos valores glicêmicos, bem como para ter compreensão dos resultados, raciocínio lógico para a associação desses resultados com os hábitos de vida, com o tratamento medicamentoso e com condutas a serem tomadas diante de valores que correspondem a hipo ou hiperglicemias. A educação em saúde em torno da automonitorização glicêmica inclui ainda o desenvolvimento de conhecimentos básicos acerca dos insumos necessários para a monitorização glicêmica, seu armazenamento e

descarte adequados. Em relação ao uso de medicações, o cuidado de enfermagem refere-se a orientar a pessoa e a família quanto aos diferentes tipos/possibilidades de medicações hipo e hiperglicemiantes, seu manejo/administração, armazenamento e descarte.

3) HÁBITOS ALIMENTARES

Inclui orientar sobre os hábitos alimentares e de ingestão hídrica saudáveis, com noções básicas sobre quantidades, qualidade e horários das refeições e lanches, considerando as condições de vida socioeconômicas e respeitando a cultura e as crenças de cada pessoa e respectiva família. A alimentação oferecida no ambiente hospitalar deve fazer parte do aprendizado da pessoa com DM, tomando-a como exemplo de maneiras, quantidades e horários da alimentação saudável e ideal à pessoa com DM, realizando adaptações quando necessárias.

4) ATIVIDADES FÍSICAS

Inclui orientar sobre a auto avaliação clínica para decidir quais são as atividades físicas possíveis de serem realizadas, de acordo com o prazer e com as condições físicas, associando os benefícios relacionados ao controle da condição crônica de saúde. Inclui estimular atividades físicas no ambiente hospitalar de acordo com a condição clínica de cada pessoa, visando a evitar o sedentarismo intra-hospitalar ou atividades passivas. Inclui, também, estimular sua continuidade pós-alta hospitalar, buscando hábitos de vida que integram as atividades físicas e exercícios físicos no contexto de vida saudável, de acordo com as condições de vida e respeitando a cultura e crenças de cada pessoa.

5) AVALIAÇÃO E CUIDADOS COM OS PÉS E COM FERIDAS

Abrange orientar sobre a inspeção dos pés e compreender os cuidados com os pés, visando à prevenção de deformidades ou feridas, bem como à realização de curativos, orientando sua execução diante de situações onde haja feridas já instaladas para favorecer sua evolução clínica. A educação em saúde que visa à avaliação e orientação sobre os cuidados com pés e feridas pode ser realizada à beira do leito durante a hospitalização ou a partir de encaminhamento a profissionais de enfermagem com expertise em cuidados com os pés de pessoas com DM.

6) EXAMES DE CONTROLE DO DM E SUAS COMPLICAÇÕES (VISUAL, RENAL, CARDIOCIRCULATÓRIA, NEUROPÁTICA)

Inclui orientar as pessoas com DM e seus familiares quanto à importância da realização de exames, consultas e avaliações regulares, com a frequência estipulada por profissionais de saúde, de acordo com a situação/quadro clínico de cada pessoa, além do significado de cada um. Atentar aos exames, consultas e avaliações regulares necessários (exemplos: fundo de olho, creatinina, pressão arterial, frequência cardíaca, avaliação dos pés) e sua periodicidade para o acompanhamento de saúde, visando à prevenção de complicações do DM que podem ser detectadas com a análise dos resultados desses exames.

7) PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS

Envolve orientar para o reconhecimento das alterações no corpo, mesmo as mais sutis, que podem indicar o déficit no controle glicêmico, déficit nos hábitos de vida saudáveis e alertar as situações de risco para o descontrole metabólico, visando a retardar o início ou o avanço das complicações do DM.

8) CONTROLE DO ESTRESSE

Considera orientar e discutir estratégias de detecção, prevenção ou controle do estresse, visando a minimizar sua influência sobre o descontrole glicêmico.

9) PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS E NO TRATAMENTO

Significa incluir na educação em saúde da pessoa com DM os seus familiares ou cuidadores, visando a formar um ambiente/contexto de vida saudável, onde todos estejam cientes da importância da mudança de hábitos e dos cuidados específicos para as pessoas com DM, especialmente, potencializando-os para que possam agir de maneira harmoniosa como apoio para os cuidados e tratamentos da pessoa que vivencia a condição crônica de saúde.

c) Sistematização do cuidado de enfermagem na Dimensão Educativa do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas

- **“CONHECENDO”** – O que preciso conhecer sobre a pessoa com DM hospitalizada para desenvolver a dimensão educativa do cuidado de enfermagem

Envolve investigar sobre como a pessoa desenvolve sua aprendizagem, habilidades e adesão ao manejo da condição crônica de saúde, identificando os conhecimentos prévios em relação ao

diagnóstico do DM, seus cuidados e tratamentos. Essas informações devem ser integradas como parte do histórico de enfermagem, elaborado no momento da admissão hospitalar ou tão logo seja possível. Assim, ao conhecer a história da saúde geral da pessoa, deve-se explorar especificamente o tema da educação em saúde, buscando conhecer suas fortalezas e fragilidades para o autocuidado e visando a desenvolver a dimensão educativa do cuidado de enfermagem com metas específicas para as necessidades de ensino-aprendizagem de cada pessoa.

Envolve um olhar integral para a pessoa, e específico para cada elemento da dimensão educativa, considerando os aspectos que podem influenciar de forma direta ou indireta no compartilhamento de experiências e potencialização da educação em saúde durante a hospitalização. O enfermeiro deve buscar conhecer:

- como o paciente está enfrentando a doença e como compreende os cuidados e o tratamento;
- conhecimentos e habilidades para a automonitorização glicêmica e uso de medicações;
- hábitos alimentares e de hidratação;
- atividades físicas e exercícios físicos que realiza e/ou suas condições para tal;
- conhecimentos e habilidades para a avaliação e cuidados com os pés e com feridas;
- compreensão sobre os exames de controle do DM e suas complicações (visual, renal, cardiocirculatória, neuropática);
- conhecimentos sobre a prevenção de complicações agudas e crônicas;
- como percebe o estresse, suas causas, e como o controlar;
- a participação da família nos cuidados e no tratamento.

• **“DEFININDO PROBLEMAS”** – Identificação de problemas relacionados à dimensão educativa do cuidar em enfermagem

Envolve as situações que apresentam fragilidades na compreensão, habilidades e/ou adesão aos cuidados e tratamentos do DM e sugerem ações de enfermagem de cunho educacional, visando a suprir ou a fortalecer o ensino-aprendizagem para o autocuidado. Essa identificação dos problemas requer do enfermeiro tanto um domínio pedagógico ou expertise que envolve a educação em DM quanto o conhecimento da pessoa que está sob seus cuidados. Deve ser realizado assim que for concluído o Histórico de enfermagem, registrando as informações no próprio instrumento mencionado.

A identificação dos problemas segue o conteúdo dos Elementos da dimensão educativa. Assim, buscando conhecer os problemas da pessoa com DM em relação à dimensão educativa do cuidado de enfermagem, indicamos que sejam identificadas situações como:

- déficit ou compreensão inadequada sobre a doença, cuidados e tratamentos (como a pessoa vê e enfrenta sua doença, déficit na adesão aos cuidados e tratamentos/ não aceitação da condição crônica);

- dificuldades para a automonitorização glicêmica e uso de medicações;

- déficit na compreensão e/ou adesão a hábitos alimentares e de hidratação saudáveis;

- déficit e/ou dificuldades na realização de atividades físicas e exercícios físicos;

- déficit nos cuidados com os pés e com feridas;

- déficit na compreensão e realização de exames de controle/periódicos do DM e identificação de complicações (visual, renal, cardiocirculatória, neuropática);

- déficit de conhecimentos sobre a prevenção de complicações agudas e crônicas do DM;

- déficit de conhecimentos sobre o controle de estresse e sua influência no controle glicêmico;

- déficit da participação familiar, de amigos e de outras instituições/entidades/pessoas nos cuidados com o DM.

- **“AGINDO/INTERVINDO”** – Estabelecimento de metas e ações de cuidado de enfermagem na Dimensão Educativa

As metas referentes à educação em saúde são voltadas para a resolução dos problemas identificados junto às pessoas com DM hospitalizadas, especialmente referentes aos déficits/fragilidades nos conhecimentos e habilidades para o autocuidado da condição crônica, e, ainda, sob a perspectiva de um cuidado integral, de qualidade e interdisciplinar.

O estabelecimento de metas indica que ações e intervenções educativas de enfermagem são necessárias e que recursos ou apoios devem ser solicitados. A educação em saúde no ambiente hospitalar pode ser individualizada, visando à resolução para os problemas de cada pessoa com DM, ou podem ser utilizados recursos e estratégias para a educação em saúde a grupos de pessoas com DM.

Essas metas e ações são definidas após a identificação dos problemas e redefinidas ao longo da hospitalização, sendo registradas no

prontuário no Plano da Evolução de Enfermagem e na Prescrição de Enfermagem.

As ações educativas gerais incluem: realização individual à beira do leito ou em sala reservada e/ou educação em saúde grupal, sempre incentivando a participação de familiares e cuidadores; realização da educação em saúde sistematizada e registrada visando à continuidade da atenção educativa pelos demais membros da equipe de enfermagem, podendo associar o uso de instrumentos pré-estruturados, se forem disponíveis na instituição; desenvolvimento e utilização de recursos lúdicos (como por exemplo, folders, ilustrações, vídeos, teatros, insumos utilizados no manejo do DM); oficinas de práticas e práticas do autocuidado supervisionadas por profissionais durante as rotinas assistenciais); realização de encaminhamento ao ambulatório/atenção especializada e/ou enfermeiro com expertise em educação em DM, visando ao trabalho compartilhado com setores de apoio e à inter-setorialidade intra e extra hospitalar; realização de discussão de casos com os membros da equipe de saúde, buscando contemplar a interdisciplinaridade nas ações educativas e potencializar o ensino-aprendizado das pessoas com DM.

Destacam-se como metas e ações específicas (Quadro 9):

Quadro 9 - Sistematização do cuidado de enfermagem na dimensão clínica do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas – Agindo e Intervindo na Dimensão Educativa do Cuidar

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA DIMENSÃO CLÍNICA DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS – AGINDO E INTERVINDO NA DIMENSÃO EDUCATIVA DO CUIDAR	
METAS	AÇÕES
Compreensão adequada sobre a doença, cuidados e tratamentos com adesão a esses cuidados, e tratamentos e aceitação	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar linguagem clara e acessível às pessoas com DM e seus familiares, de acordo com o nível de compreensão de cada um. - Utilizar tecnologias que favoreçam o aprendizado. - Utilizar diferentes estratégias para a compreensão da doença, seus cuidados e

da condição crônica.	tratamentos.
Automonitorização glicêmica e autoadministração de medicações adequadas.	- Realizar um trabalho compartilhado com profissionais da área médica, que são responsáveis pela prescrição e adequação do tratamento medicamentoso, na perspectiva do cuidado interdisciplinar e integral.
Compreensão e adesão a hábitos alimentares saudáveis.	- Realizar um trabalho compartilhado com profissionais da Nutrição na perspectiva do cuidado interdisciplinar e integral.
Realização de atividades e exercícios físicos.	<p>- Incentivar e supervisionar a realização de atividades físicas no ambiente hospitalar, conforme as condições/capacidades de mobilidade e dependência/independência de cada pessoa com DM com co-participação de familiares e cuidadores.</p> <p>- Realizar um trabalho compartilhado com profissionais da Fisioterapia, Educação física, Terapeutas ocupacionais ou outros, na perspectiva do cuidado interdisciplinar e integral.</p>
Cuidados adequados com os pés e com feridas.	<p>- Realizar educação em saúde com as pessoas com DM e seus familiares acerca de cuidados com as alterações nos pés e com o tratamento das feridas.</p> <p>- Realizar um trabalho compartilhado com profissionais da área médica (principalmente com especialistas do sistema Vascular), terapeutas ocupacionais ou outros, na perspectiva do cuidado interdisciplinar e integral.</p> <p>- Usar instrumentos para a avaliação sistemática dos pés e orientar as pessoas para a compreensão das implicações dos resultados e periodicidade de novas avaliações.</p>

<p>Compreensão e realização de exames de controle periódicos do DM e identificação de complicações (visual, renal, cardiocirculatória, neuropática).</p> <p>Conhecimentos adequados sobre a prevenção de complicações agudas e crônicas do DM.</p>	<p>- Orientar especialmente sobre a importância da realização periódica e compreensão dos resultados de exames como: fundo de olho, creatinina, hemoglobina glicada, sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura axilar), e compreensão da importância das consultas de enfermagem e avaliação dos pés regulares.</p> <p>- Realizar educação em saúde visando a prevenir comorbidades, re-internações e complicações do DM, especialmente com indicações para manter o controle glicêmico.</p>
<p>Conhecimentos sobre o controle de estresse e sua influência no controle glicêmico.</p>	<p>- Realizar medidas de controle do estresse junto com a pessoa e seus familiares, visando a desenvolver estratégias para reduzir/controlar o estresse durante e após a hospitalização.</p> <p>- Utilizar instrumentos específicos para medir, avaliar e acompanhar a evolução do estresse, integrando estes dados ao prontuário da pessoa com DM.</p> <p>- Realizar um trabalho compartilhado com profissionais da psicologia, terapeutas ocupacionais ou outros, na perspectiva do cuidado interdisciplinar e integral.</p>
<p>Participação familiar, de amigos e de outras instituições e entidades nos cuidados com o DM.</p>	<p>- Identificar a rede de apoio social da pessoa com DM e recrutar/articular a participação dessas pessoas nas ações educativas às pessoas com DM.</p>

• **“AVALIANDO”** – Avaliação das metas e ações/intervenções do enfermeiro na Dimensão Educativa do cuidado de enfermagem

É importante efetuar a avaliação da educação em saúde no sentido de considerar a sua efetividade. O processo de avaliação envolve a análise dos conhecimentos e habilidades da pessoa com DM, os problemas levantados, a associação de metas e ações educativas de

enfermagem, bem como as respostas obtidas com essas ações. A avaliação da educação em saúde define a sua continuidade, a modificação ou o acréscimo de novas estratégias educacionais ou ainda o encerramento de um processo educativo pela resolução do problema ou pela sua inadequação.

O processo de avaliação na dimensão educativa do cuidado de enfermagem se dá na inter-relação entre o raciocínio lógico e pedagógico, pautado no conhecimento científico do enfermeiro, articulado com a vivência e com os saberes das pessoas com DM, considerando-as em sua integralidade. Assim, esta avaliação mantém um olhar integral para a pessoa, e um específico para cada elemento da dimensão educativa. A periodicidade dessa avaliação é definida pelo enfermeiro, de acordo com a situação específica de cada problema identificado e conforme as metas de cuidado estabelecidas.

O enfermeiro deve desenvolvê-la de forma sistematizada, registrando-a na Evolução de enfermagem, que faz parte do prontuário do paciente, e de forma clara para que o pensamento lógico e pedagógico do processo educativo seja compreendido pelos demais membros da equipe de enfermagem, visando a manter a continuidade da educação em saúde durante a hospitalização da pessoa com DM. Podem ser utilizados instrumentos específicos de avaliação do conhecimento, como por exemplo, os que são aplicados antes e após a educação em saúde.

4. DIMENSÃO GERENCIAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS

Está composta por: Princípios específicos da Dimensão Gerencial; Elementos que compõem a Dimensão Gerencial; Como desenvolver ações de enfermagem na Dimensão Gerencial do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas:

- Conhecendo
- Definindo problemas
- Agindo/intervindo
- Avaliando

a) Princípios Específicos da Dimensão Gerencial (Quadro 10)

Quadro 10 - Princípios Específicos da Dimensão Gerencial

PRINCÍPIOS ESPECÍFICOS DA DIMENSÃO GERENCIAL
- A hospitalização favorece o gerenciamento da condição crônica, desde que o hospital esteja estruturado como espaço propício para o planejamento do controle da doença e ofereça estratégias para a promoção de saúde.
- O uso da abordagem do “cuidado centrado na pessoa”, com processo colaborativo focado no trabalho mútuo entre pessoa com DM–enfermeiro, associado à abordagem interdisciplinar, é benéfico no gerenciamento da atenção à saúde dessas pessoas no ambiente hospitalar.
- O planejamento das ações de enfermagem e sua realização devem estar registrados no prontuário da pessoa com DM de forma clara, sistemática e com fácil acesso aos demais membros da equipe de saúde, refletindo a evolução do quadro clínico, do processo educativo e do gerenciamento do cuidado desenvolvidos durante a hospitalização.
- A equipe de enfermagem é corresponsável pela criação e implementação das rotinas de cuidado de enfermagem e pela manutenção da qualidade da assistência.
- A integração das diferentes dimensões do cuidado de enfermagem e seu acompanhamento sistemático favorecem a qualidade da assistência.

b) Elementos que integram a Dimensão Gerencial

1) IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES ESTRUTURAIS, DE MATERIAL E/OU DE PESSOAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Significa que os enfermeiros que prestam a assistência direta às pessoas com DM durante a hospitalização possuem um olhar mais apurado para a identificação das necessidades estruturais, de material e/ou de pessoal, bem como para a proposição de novas tecnologias de cuidados clínicos e educacionais, visando ao desenvolvimento do cuidado de enfermagem integral e humanizado e, portanto, envolve levantar sugestões, adaptações e buscar o provimento dessas necessidades em conjunto com os demais níveis gerenciais.

2) AMBIENTE SEGURO PARA A PESSOA COM DM/AMBIENTE LIVRE DE RISCOS

Significa estar atento ao ambiente/espço de convivência da pessoa com DM durante a hospitalização na Unidade de Internação, visando a promover um ambiente seguro/livre de riscos de acordo com as necessidades físicas e cognitivas de cada pessoa.

3) TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO E CUSTOS

Significa monitorar o tempo de hospitalização e considerar os custos gerados às pessoas e/ou ao sistema de saúde, visando a adequá-los às necessidades de cada pessoa de forma a evitar riscos de uma longa internação e a diminuir custos.

4) EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Inclui promover momentos de ensino-aprendizagem e compartilhamento de ideias entre os profissionais de enfermagem na temática dos cuidados com as pessoas com DM hospitalizadas, de forma sistematizada e periodicamente, de acordo com as necessidades do grupo de enfermeiros assistenciais. Visa à atualização dos conhecimentos, ao preparo da equipe de enfermagem para o uso de protocolos, escalas ou instrumentos da instituição hospitalar de forma homogênea, ao incentivo pela busca de conhecimentos científicos para a prática e à proposição de práticas inovadoras.

5) PROGRAMAS EDUCATIVOS INTERDISCIPLINARES SOBRE OS CUIDADOS ÀS PESSOAS COM DM

Significa promover momentos de ensino-aprendizagem e de compartilhamento de ideias entre os profissionais da equipe multidisciplinar na temática dos cuidados com as pessoas com DM hospitalizadas, de forma sistematizada e periodicamente, de acordo com as necessidades desses profissionais. Visa à atualização dos conhecimentos, ao preparo da equipe de saúde para o desenvolvimento de trabalho interdisciplinar, com apoio mútuo e responsabilidades compartilhadas no gerenciamento da condição crônica de saúde e na promoção de saúde às pessoas com DM hospitalizadas.

6) REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Refere-se à promoção de ações que desenvolvam a Referência e a Contra-referência sugerida pelo SUS. Significa criar meios para a comunicação entre os enfermeiros da assistência hospitalar e enfermeiros ou outros profissionais da equipe de saúde dos demais setores da rede de saúde como a atenção básica e a atenção

especializada/ambulatorial, visando à continuidade da assistência e à atenção em saúde integral e intersetorial.

7) AÇÕES INTERSETORIAIS NO ESPAÇO HOSPITALAR

Inclui a criação de meios para a comunicação entre os profissionais de saúde de diferentes setores de uma instituição hospitalar, visando a um trabalho compartilhado e à corresponsabilidade no gerenciamento dos casos de pessoas com DM, destacando, por exemplo, o setor farmacêutico ou o setor ambulatorial de DM como setores de apoio às Unidades de Internação.

8) QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E ROTINAS DE ENFERMAGEM

Significa envolver todos os membros da equipe de enfermagem em discussões sobre as rotinas de enfermagem, buscando atualizar e homogeneizar o desenvolvimento dessas rotinas, visando a potencializar a qualidade da assistência prestada às pessoas com DM hospitalizadas.

9) PROTOCOLOS E/OU INSTRUMENTO(S) ESPECÍFICO(S) PARA PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS INTEGRADO À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Significa buscar, discutir, avaliar e incentivar a implementação de protocolos e instrumento(s) para o cuidado às pessoas com DM hospitalizadas, integrados à sistematização da assistência desenvolvida na instituição hospitalar.

10) PROMOÇÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO DOMICILIAR (AUTOCUIDADO)

Envolve o planejamento do cuidado de enfermagem que considera a transição do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar, portanto, prevê a continuidade dos cuidados e dos apoios necessários no contexto de vida onde se insere a pessoa após a alta hospitalar, visando ao autocuidado efetivo.

c) Sistematização do cuidado de enfermagem na Dimensão Gerencial do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas

- “CONHECENDO” – O que preciso conhecer sobre as demandas das pessoas com DM hospitalizadas e a dinâmica de funcionamento da instituição hospitalar e da Unidade de Internação para desenvolver a Dimensão Gerencial do cuidado de enfermagem

O gerenciamento do cuidado de enfermagem envolve um olhar ampliado para a articulação da Dimensão Clínica com a Dimensão Educativa, considerando o contexto sócio-político-institucional de modo que os profissionais de enfermagem tenham condições técnicas, estruturais, ambientais e relacionais para a realização dos cuidados.

A fase “CONHECENDO” envolve o reconhecimento dos recursos disponíveis, dos recursos necessários e dos recursos potenciais/adaptáveis a serem utilizados para assistir às demandas das pessoas com DM em cada contexto hospitalar.

Essas informações devem ser levantadas e discutidas pela equipe de enfermagem e chefias de enfermagem, e, se necessário, envolver a direção geral da instituição hospitalar, numa perspectiva integrativa, horizontal e de compartilhamento de ideias e ações. Não há um momento específico para esta fase, pois é parte do contexto da atenção de enfermagem hospitalar.

Conhecer as demandas das pessoas com DM hospitalizadas e a dinâmica de funcionamento da instituição hospitalar e da Unidade de Internação envolve um olhar integral para a pessoa e específico para cada elemento da Dimensão Gerencial. Devem ser exploradas as fortalezas e as fragilidades institucionais, visando ao desenvolvimento da Dimensão Gerencial pautada em problemas, metas, ações e avaliações. Para isso, os enfermeiros devem conhecer:

- as necessidades estruturais, de material e/ou de pessoal para o cuidado de enfermagem;
- os ambientes em que a pessoa com DM irá conviver durante o período de hospitalização;
- tempo de hospitalização e custos;
- existência da educação continuada para profissionais de enfermagem;
- existência de programas educativos interdisciplinares sobre os cuidados às pessoas com DM;
- existência da contra referência;
- existência de ações intersetoriais intra-hospitalar;
- qualidade da assistência e rotinas de enfermagem;
- existência de protocolos e/ou instrumento(s) específico(s) para pessoas com DM hospitalizadas integrado à SAE;
- como ocorre a promoção da continuidade do cuidado domiciliar (autocuidado).

● **“DEFININDO PROBLEMAS”** – Identificação de problemas relacionados à Dimensão Gerencial do cuidar em enfermagem

Envolve as situações que apresentam fragilidades relacionadas às condições técnicas, estruturais, ambientais e relacionais para a realização dos cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar.

Essa identificação dos problemas requer dos enfermeiros tanto um domínio da assistência direta à pessoa com DM quanto de questões gerenciais (assistência indireta) com conhecimentos acerca do contexto sócio-político-institucional e, também por isso, se faz necessário compartilhar essa atividade entre enfermeiros assistenciais e chefias de enfermagem. A definição desses problemas não se dá em um momento específico, mas sim, ao longo da atenção do profissional de enfermagem. Os problemas identificados são discutidos entre os profissionais e gestores e podem ter instrumentos específicos para seu registro.

A identificação desses problemas segue o conteúdo dos elementos da Dimensão Gerencial, e, para isso, indicamos que sejam identificadas situações como:

- déficits estruturais, de material e/ou de pessoal para o cuidado de enfermagem;
- riscos nos ambientes em que a pessoa com DM irá conviver durante o período de hospitalização;
- longo tempo de hospitalização e custos elevados;
- não existência ou funcionamento inadequado/ineficaz da educação continuada para profissionais de enfermagem;
- não existência ou funcionamento inadequado/ineficaz de programas educativos interdisciplinares sobre os cuidados às pessoas com DM;
- não existência ou funcionamento inadequado/ineficaz da contra-referência;
- não existência ou funcionamento inadequado/ineficaz de ações intersetoriais e intra-hospitalar;
- qualidade da assistência prejudicada e rotinas de enfermagem inadequadas/ineficazes;
- não existência ou funcionamento inadequado/ineficaz de protocolos e/ou instrumento(s) específico(s) para pessoas com DM hospitalizadas integrado à SAE;
- não existência ou funcionamento inadequado/ineficaz da promoção da continuidade do cuidado domiciliar (autocuidado).

• **“AGINDO/INTERVINDO”** – Estabelecimento de metas e ações de cuidado de enfermagem na Dimensão Gerencial

As metas referentes ao gerenciamento dos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas são voltadas para a resolução dos problemas identificados conjuntamente entre enfermeiros assistenciais e chefias de enfermagem referentes aos déficits/fragilidades das condições técnicas, estruturais, ambientais e relacionais sob a perspectiva de um cuidado seguro, integral, de qualidade e interdisciplinar.

O estabelecimento de metas indica que ações e intervenções gerenciais de enfermagem são necessárias e quais recursos ou apoios devem ser solicitados ou adequados no contexto existente na instituição hospitalar.

Não há um momento específico para sua realização, mas sim, quando o problema for detectado, as ações devem ser implementadas o mais rapidamente possível.

Destacamos como possíveis metas e ações (Quadro 11):

Quadro 11 - Sistematização do cuidado de enfermagem na dimensão clínica do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas – Agindo e Intervindo na Dimensão Gerencial do Cuidar

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA DIMENSÃO CLÍNICA DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS – AGINDO E INTERVINDO NA DIMENSÃO GERENCIAL DO CUIDAR	
METAS	AÇÕES
Prover estrutura, material e quadro de pessoal adequados para o cuidado de enfermagem seguro, integral e de qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Usar os espaços existentes na instituição hospitalar, potencializando-os através de adaptações e criatividade para possibilitar ambientes seguros para a prática clínica e educativa de enfermagem, bem como para reuniões e discussões interdisciplinares e/ou com as pessoas com DM e seus familiares. - Levantar ideias/realizar proposições às chefias de enfermagem e diretores da instituição hospitalar acerca de necessidades de mudanças na infraestrutura, de materiais e de quadro de pessoal quando percebidos como inadequados e com prejuízos à atenção

	<p>em saúde segura, integral e de qualidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistematizar avaliações dos materiais/insumos utilizados nos cuidados às pessoas com DM, visando a buscar sua maior qualidade, conforto e segurança para as pessoas com DM e para os profissionais que os utilizam. - Realizar proposições às chefias de enfermagem e diretores da instituição hospitalar acerca de necessidades de inclusão de diferentes profissionais para o cuidado às pessoas com DM no ambiente hospitalar, como por exemplo, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros com expertise em DM ou outros que estejam em déficit no quadro de pessoal, visando a benefícios como melhora clínica, bem-estar dessas pessoas, redução do tempo de hospitalização e diminuição de custos.
<p>Manter ambientes seguros e livres de riscos para as pessoas com DM hospitalizadas.</p>	<p>- Conhecer e buscar adaptar a estrutura do ambiente hospitalar às normas da RDC 52 (ou aquela vigente) visando à segurança das pessoas hospitalizadas e às condições de trabalho adequadas aos profissionais de saúde.</p>
<p>Tempo de hospitalização e custos adequados para cada caso.</p>	<p>- Monitorar o tempo de hospitalização e os custos dispendidos pelas pessoas com DM hospitalizadas, junto às chefias de enfermagem e dirigentes da instituição hospitalar, buscando identificar as ações ou situações que possam estar elevando esse tempo e respectivos custos e que podem ser modificadas, bem como, identificar as ações e situações que mantêm adequados o tempo e o custo da hospitalização visando a fortalecê-las.</p>
<p>Educação continuada</p>	<p>- Propor e auxiliar a implementação de</p>

<p>para profissionais de enfermagem sistematizado e eficaz.</p>	<p> cursos de curta e média duração sistematizados e outras ações educacionais para profissionais, abrangendo todos os profissionais de enfermagem que assistem às pessoas com DM no ambiente hospitalar, visando à atualização dos conhecimentos básicos e avançados e ao compartilhamento de ideias referentes aos cuidados de enfermagem com essa população no ambiente hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter profissionais de enfermagem qualificados/com expertise em DM no planejamento e na implantação desses cursos, visando à educação continuada para profissionais de enfermagem sistematizada e eficaz, bem como no papel de referência na instituição hospitalar para a prestação de consultorias e/ou compartilhamento do trabalho desenvolvido junto às pessoas com DM e seus familiares durante a hospitalização.
<p>Programas educativos interdisciplinares sobre os cuidados às pessoas com DM sistematizados e eficazes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Propor e auxiliar a implementação de cursos de curta e média duração sistematizados e outras ações educacionais para a equipe multiprofissional de saúde, abrangendo todas as classes de profissionais que assistem às pessoas com DM no ambiente hospitalar, visando à atualização dos conhecimentos básicos e avançados e ao compartilhamento de ideias referentes à atenção em saúde e à abordagem interdisciplinar para essa população no ambiente hospitalar. - Ter profissionais qualificados/com expertise em DM no planejamento e implantação desses cursos, visando à educação continuada para a equipe multiprofissional de saúde pautada na interdisciplinaridade diante do trabalho

	desenvolvido junto às pessoas com DM e seus familiares durante a hospitalização.
Contra referência sistematizada e eficaz.	- Promover ações de enfermagem para realizar a contra-referência contatando a equipe da atenção básica e especializada de saúde de onde as pessoas com DM procedem visando à intersectorialidade e continuidade da atenção em saúde. A comunicação entre os setores da rede de saúde pode ocorrer via telefone, carta, sistema de informática integrado (se houver) entre outras formas a serem sugeridas, desde que sistematizadas e com eficácia.
Ações intersectoriais no espaço hospitalar.	- Promover ações de enfermagem para realizar a comunicação entre os profissionais de saúde de diferentes setores de uma instituição hospitalar, visando a um trabalho compartilhado e à corresponsabilidade no gerenciamento dos casos de pessoas com DM, sendo exemplos, o setor farmacêutico ou o setor ambulatorial de DM como setores de apoio às Unidades de Internação. A comunicação entre os setores da instituição hospitalar pode ocorrer via eletrônica, telefone, documento escrito ou instrumento da instituição para a solicitação de parecer, sistema de informática integrado (se houver) entre outras formas a serem sugeridas, desde que sistematizadas e com eficácia. - Ter profissionais de enfermagem qualificados/com expertise em DM, desenvolvendo o papel de referência na instituição hospitalar para a prestação de assessorias, consultorias e/ou compartilhamento do trabalho desenvolvido junto às pessoas com DM e seus familiares durante a hospitalização.

Assistência e rotinas de enfermagem de qualidade.	- Promover ações, como por exemplo, rodas de conversa com a participação de todos os membros da equipe de enfermagem para discussões sobre as rotinas de enfermagem, buscando sistematizar, atualizar e integrar o desenvolvimento dessas rotinas, sensibilizar para a corresponsabilidade nos cuidados de enfermagem e potencializar a qualidade da assistência prestada às pessoas com DM hospitalizadas.
Protocolos e/ou instrumento(s) específico(s) para pessoas com DM hospitalizadas integrados à SAE.	- Buscar, discutir, avaliar e incentivar a implementação de protocolos e instrumento(s) para pessoas com DM hospitalizadas integrados à sistematização da assistência desenvolvida na instituição hospitalar em conjunto com a equipe de enfermagem e chefias de enfermagem.
Promoção da continuidade do cuidado domiciliar (autocuidado).	- Considerar os problemas biopsicossociais das pessoas com DM, buscando planejar o cuidado de enfermagem integral nos diversos aspectos do contexto de vida e saúde dessas pessoas, procurando suprir durante a hospitalização os problemas clínicos e educativos e desenvolver ações de promoção da saúde para o autocuidado e a participação de familiares, cuidadores e da rede de saúde após a alta hospitalar.

• **“AVALIANDO”** – Avaliação das metas e ações/intervenções do enfermeiro na Dimensão Gerencial do cuidado de enfermagem

É importante efetuar a avaliação das ações gerenciais de enfermagem no sentido de considerar a evolução e a consolidação das condições técnicas, estruturais, ambientais e relacionais envolvidas na assistência direta e indireta às pessoas com DM hospitalizadas.

O processo de avaliação envolve o relacionamento dos enfermeiros assistenciais com as chefias de enfermagem para o reconhecimento do ambiente de trabalho e das demandas de cuidado às

peessoas com DM, o levantamento de problemas, metas e ações gerenciais de enfermagem, bem como os retornos/resultados obtidos com essas ações.

A avaliação na dimensão gerencial define suas fortalezas e sua manutenção, as fragilidades e os modos de fortalecimento, (re)adequação ou encerramento, e busca pelo provimento de necessidades relacionadas às condições técnicas, estruturais, ambientais e relacionais envolvidas na assistência direta e indireta às pessoas com DM hospitalizadas.

Esta avaliação mantém o olhar integral para a pessoa e específico para cada elemento da dimensão gerencial. A periodicidade da avaliação é definida pelos enfermeiros, de acordo com a situação específica de cada problema identificado e as metas de cuidado estabelecidas.

O Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas desenvolvido deverá ser submetido a validações teóricas e práticas para o aperfeiçoamento final do seu conteúdo e modo de operacionalização. O desenvolvimento dessas etapas ainda precisam ser planejadas.

6.2 ARTIGO 1 - A HOSPITALIZAÇÃO COMO ESPAÇO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Cecilia Arruda

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

RESUMO: Objetivou-se compreender como os enfermeiros desenvolvem os cuidados de enfermagem às pessoas com DM na perspectiva da educação em saúde no ambiente hospitalar. Pesquisa qualitativa descritiva, realizada com 13 enfermeiras em um hospital geral brasileiro. A análise de conteúdo convencional dos dados gerou duas categorias: Obstáculos no cuidado educativo à pessoa com DM hospitalizada, citando falta de profissionais, demanda de trabalho excessiva, estrutura e materiais inadequados, inexistência de rotinas de educação em saúde e falhas na educação continuada; e Possibilidades para desenvolver a dimensão educativa do cuidado de enfermagem no hospital, sendo elas: realização de educação em saúde individual e coletiva; existência de enfermeira com expertise em DM e comunicação entre os serviços de saúde. A hospitalização é um momento propício para a educação em saúde às pessoas com DM e os enfermeiros precisam assumir o papel proativo e articulador de ações educativas para as pessoas com DM hospitalizadas.

Palavras chave: Diabetes Mellitus. Enfermagem. Educação em Saúde. Hospitalização.

ABSTRACT: This study aimed to understand how nurses develop nursing care for people with DM, focusing on health education in the hospital setting. Descriptive qualitative research was carried out by 13 nurses in a Brazilian general hospital. Conventional content analysis of the data generated two categories: Obstacles in the educational care to the hospitalized person with diabetes, citing lack of professionals, excessive work demands, structure and inadequate materials, lack of health education routines and failures in continuing education; and the Possibility to develop the educational dimension of nursing care in the hospital, as follows: realization of education in individual and collective health; existence of DM Nurse Specialists and communication between health services. Hospitalization is a propitious moment to carry out health education to people with diabetes. Nurses must take the role of be proactive and identify themselves as organizers of educational activities for hospitalized people with DM.

Keywords: Diabetes Mellitus. Nursing. Health Education. Hospitalization.

RESUMEN: Finalidad fue comprender cómo los enfermeros desarrollan el cuidado a las personas con DM desde la perspectiva de la educación en salud en el ámbito hospitalario. Investigación cualitativa descriptiva con 13 enfermeros de un hospital general brasileño. Análisis de contenido convencional de los datos generó dos categorías: Obstáculos en la atención educativa a la persona hospitalizada con DM: falta de profesionales, trabajo excesivo, estructura/materiales inadecuados, falta de rutinas de educación en salud y fallas en la educación permanente; y, Posibilidades de desarrollar la dimensión educativa de los cuidados de enfermería en el hospital: educación en la salud individual y colectiva, enfermera especialista en DM, y comunicación entre los servicios de salud. La hospitalización es un momento propicio para llevar a cabo la educación en salud a las personas con DM. Los enfermeros deben adoptar el papel proactivo y organizador de actividades educativas para las personas hospitalizadas con DM.

Palabras clave: Diabetes Mellitus. Enfermería. Educación en Salud. Hospitalización.

INTRODUÇÃO

Estamos vivenciando uma epidemia global do diabetes mellitus (DM). O número de pessoas com DM é elevado em muitos países, sendo ainda mais perturbador o fato de que essa prevalência não para de crescer. Atualmente são 415 milhões de pessoas com DM em todo o mundo, e estimativas indicam que esse número chegará a 642 milhões em 2040 (IDF, 2015). O Brasil ocupa a quarta posição entre os países com maior prevalência de pessoas com DM. São mais de 14 milhões os brasileiros que possuem DM na faixa etária entre 20 e 79 anos (IDF, 2015). Como decorrência do crescente número de pessoas com DM, e com os avanços das complicações decorrentes dessa doença, é grande o número dessas pessoas que necessitam de hospitalização, e este índice também vem aumentando progressivamente (CDC, 2009; RODRIGUEZ et al., 2014).

Quando o DM é a causa principal da internação ou mesmo quando este se apresenta como uma comorbidade associada ao motivo da hospitalização, estabelece-se a necessidade de um olhar específico para essas pessoas com a intenção tanto de recuperá-las/reabilitá-las em

relação à causa da hospitalização quanto de prevenir novas complicações e internações por meio de ações que visem a promover sua saúde.

Alves (2008) considera a educação em saúde na atenção hospitalar como uma importante e propícia fonte para a promoção da saúde. De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (1988) e com a Carta de Ottawa (OPAS, 1986), a educação em saúde é apontada como uma ferramenta de promoção da saúde, visando à autonomia e à transformação da realidade, em qualquer nível da atenção à saúde.

A educação em saúde é um instrumento na construção de saberes voltados à adesão ao tratamento e um meio simples para o aumento da qualidade de vida. É, pois, uma ferramenta indispensável para operacionalizar o papel do enfermeiro no que se refere à garantia de orientações às pessoas com DM sobre a doença e sobre as condutas a serem seguidas para viabilizar a adesão ao tratamento (CARVALHO et al., 2013).

Assim, ações de educação em saúde na assistência às pessoas com DM mostram-se um método efetivo para aquisição e compartilhamento de informações, constituindo-se uma atividade realizada por um processo dinâmico e contínuo de aprendizado, possibilitando a essas pessoas a execução de práticas favoráveis à sua saúde e ao seu bem-estar, educando e preparando as pessoas e respectivas famílias a terem autonomia e a agirem de forma crítica sobre fatores individuais e coletivos (CARVALHO et al., 2013).

O processo educativo possibilita às pessoas com DM o desenvolvimento de habilidades em relação ao autocuidado, com vistas a aumentar o nível de conhecimento para o manejo da doença. A aquisição dessas habilidades é considerada uma estratégia efetiva para o fortalecimento da motivação para o seguimento do plano alimentar, para o incremento da atividade física, para o autocuidado em relação aos pés, para a realização regular da glicemia capilar no domicílio, para a prevenção dos episódios de hipoglicemia e das complicações crônicas, bem como para o manejo da doença em situações especiais, lembrando que é imperioso incluir a família como unidade de cuidado (LANDIM et al., 2011).

Otero, Zanetti e Ogrizio (2008) reforçam que a educação em diabetes deve ser um processo permanente e acontecer de forma gradativa, contínua, interativa e adequada, considerando-se as características do educando nas mais diversas situações e ambientes, utilizando estratégias de atendimento individual e/ou em grupo. Esse processo possibilita a construção de conhecimentos que favorecem o

autocuidado, promovendo a autonomia dos pacientes, na perspectiva de alcançar um bom controle metabólico e, conseqüentemente, uma vida mais saudável (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

Acredita-se que as ações educativas, desenvolvidas juntamente com o paciente, sua família e sua comunidade, têm um papel essencial no controle dessa enfermidade, já que as complicações oriundas do diabetes estão estreitamente ligadas ao conhecimento do autocuidado diário adequado e ao estilo de vida saudável (SILVA JUNIOR et al., 2013).

Apesar de bem conhecidos os benefícios da educação em saúde, a prática educativa dos enfermeiros em unidade de internação hospitalar, em sua maioria, tende a reproduzir o modelo biomédico, centrado no corpo compartimentado e numa relação de poder do conhecimento científico sobre o do usuário, pouco contribuindo para desenvolver seu empoderamento (RIGON, 2011). Na ótica de Rigon (2011), no desenvolvimento da prática de enfermagem no ambiente hospitalar, há uma visão restrita do cuidar/assistir, em que este é compartimentado e voltado a ações seriadas, dentro de uma lógica de resolutividade em que o educar nem sempre está presente.

Se o paciente possui déficit de conhecimento de autocuidado do DM, o enfermeiro terá que ensinar o paciente ou trabalhar com um educador em diabetes para se certificar de que tanto o paciente quanto outro cuidador serão capazes de realizar todas as atividades para o autocuidado após a alta. Para isso, os hospitais devem ter políticas e procedimentos que orientam o cuidado do paciente hospitalizado com DM (CHILDERS; LEVESQUE, 2013).

Percebemos em nossa prática assistencial e de pesquisa, assim como Rigon e Neves (2011) também observaram, que a atuação hospitalar do enfermeiro vem sendo centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos, ocupando-se em funções que se dividem entre as exigências da atuação na assistência e no gerenciamento, encontrando pouco tempo para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

A prática no interior das instituições hospitalares precisa ser repensada, devido à sua estrutura organizacional complexa, tanto no que diz respeito aos papéis dos profissionais, à divisão do trabalho, à hierarquia, quanto em relação às normas que as regem (LEAL et al., 2015).

Diante desse panorama, buscamos compreender como os enfermeiros de um hospital geral do Sul do Brasil desenvolvem os

cuidados de enfermagem às pessoas com DM na perspectiva da educação em saúde no ambiente hospitalar.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa do tipo qualitativa descritiva. A coleta de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2014, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, com 13 enfermeiros que atuavam em um hospital geral público do Sul do Brasil, sendo que 12 atuavam especificamente em Unidades de Internação Médico-Cirúrgica para adultos e uma enfermeira atuava no Ambulatório de Endocrinologia vinculado ao hospital.

A escolha dos sujeitos foi intencional, buscando-se as percepções de enfermeiros que trabalhassem nos três diferentes turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno) há mais de um ano e que atuassem em uma das quatro diferentes Unidades de Internação Adulto do referido hospital, resultando em: três enfermeiros representantes da Unidade de Internação de Clínica Médica 1, três enfermeiros representantes da Unidade de Internação de Clínica Médica 2, três enfermeiros representantes da Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica 1, três enfermeiros representantes da Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica 2, além de uma enfermeira representante do setor ambulatorial, que fazia parte daquela estrutura hospitalar.

Encerrou-se a coleta com a saturação dos dados. As entrevistas ocorreram em local e horário escolhido pelas entrevistadas, sendo geralmente em sala reservada no próprio hospital e após o horário de trabalho. As entrevistas exploraram como vinha sendo desenvolvido o cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas e estimularam a criatividade dos enfermeiros na busca de melhorias para a prática, visando ao “como deveria ser o cuidado ideal” de enfermagem a essas pessoas na perspectiva da educação em saúde.

As participantes autorizaram a gravação das entrevistas em aparelho eletrônico. Princípios éticos foram respeitados e houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal, nomeando os sujeitos com os códigos E1 a E13. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob Parecer número 710.731.

As entrevistas transcritas foram analisadas qualitativamente através da dinâmica de análise de conteúdo convencional dos dados

(HSIEH; SHANONN, 2005) e com o auxílio do *software* Atlas.ti para a organização dos dados.

A apreensão do conteúdo pela pesquisadora tornou-se mais facilitada pelo fato de que foi ela mesma quem realizou as entrevistas e as transcrições. Em seguida, todas as transcrições foram lidas na íntegra e sequencialmente, dando a noção ampla de todo o conteúdo. Finalmente, cada uma das entrevistas transcritas foi relida cuidadosamente, sendo destacadas as palavras ou as frases, num processo de codificação. Num segundo momento, foram selecionados e agrupados os códigos relacionados ao cuidado educativo às pessoas com DM ou como deveria ser esse cuidado, se mais aprimorado. Os grupos de códigos giraram em torno de dois temas principais, expressando o que os enfermeiros percebiam acerca de como vinha sendo realizada a educação em saúde, destacando as dificuldades para sua implementação e as possibilidades para que essa educação ocorresse de forma mais efetiva, porém considerando sua realidade.

RESULTADOS

Através da análise dos dados, emergiram duas categorias principais: 1) Obstáculos para o cuidado educativo à pessoa com DM hospitalizada e 2) Possibilidades para desenvolver a dimensão educativa do cuidado de enfermagem no hospital. A primeira aborda os obstáculos mais gerais que influenciam na forma como o trabalho é desenvolvido no cuidado à pessoa com DM hospitalizada e que acabam limitando o desenvolvimento de ações que visam à educação em saúde dessas pessoas. Foram destacadas questões como: falta de profissionais e excesso de demanda de trabalho; espaço físico e recursos materiais inadequados; inexistência de rotinas específicas para a educação em saúde e falhas na educação continuada dos profissionais de enfermagem.

A segunda categoria sugere algumas possibilidades de educação em saúde no cenário hospitalar, vislumbrando: a realização de educação em saúde individual e coletiva; a existência de uma enfermeira com expertise em DM e articuladora de ações; e modos de comunicação para a realização de um trabalho articulado em rede entre os serviços do sistema de saúde (referência e contra referência).

OBSTÁCULOS PARA O CUIDADO EDUCATIVO À PESSOA COM DM HOSPITALIZADA

Observou-se que o cuidado de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar envolve inúmeros aspectos incluindo aqueles de ordem institucional-administrativa, processo de trabalho, e aqueles mais específicos do enfermeiro, ou seja, da forma como percebe e realiza os cuidados. Diante da complexidade das atividades a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem nesse contexto, tornam-se evidentes algumas limitações nos cuidados de enfermagem específicos à dimensão educativa às pessoas com DM, sendo que, no local onde ocorreu o estudo, os principais obstáculos relatados foram os seguintes:

Dimensionamento de pessoal e excesso de demanda de trabalho

O número insuficiente de profissionais da saúde, com ênfase para o quadro de profissionais de enfermagem, foi descrito como um problema para realizar orientações e olhar para as pessoas como um todo, visando ao desenvolvimento de ações educativas, e não somente à recuperação de uma alteração clínica específica. Portanto, esse contexto acaba comprometendo a realização estruturada e efetiva de atividades de educação em saúde no ambiente hospitalar e, conseqüentemente, prejudicando a qualidade da assistência de enfermagem às pessoas com DM. A fala, a seguir, representa a percepção dos enfermeiros acerca do dimensionamento de pessoal nas Unidades de internação médico-cirúrgicas relacionada às atividades de educação em saúde no cotidiano:

Eu confesso assim que, com o que a gente tem hoje, com o quadro de enfermeiros e técnicos que a gente tem hoje, eu acho que realmente não têm um tempo para parar e realmente dar uma boa orientação, uma coisa direcionada, claro que todo momento a gente pode aproveitar para estar falando alguma coisa, orientando, então a gente faz isso às vezes durante um curativo né, durante um banho, mas eu acho que poderia ser algo mais estruturado mesmo. (E5)

Associado diretamente ao déficit de profissionais está a elevada demanda de trabalho, a qual abrange não somente os cuidados diretos aos pacientes (dimensão clínica e educativa do cuidado de enfermagem), mas também as atividades de gerenciamento da dinâmica de funcionamento da Unidade de internação (dimensão gerencial do cuidado de enfermagem). Os sujeitos referiram que a atividade de

educação em saúde acaba sendo bastante limitada em razão de outras atividades cotidianas, que ocupam a maior parte do tempo:

Tem dias que a gente consegue fazer bem (*refere-se à educação em saúde*), porque a gente tem um número menor de pacientes. Só que se a gente for analisar o nosso serviço hoje, o nosso serviço é praticamente de bombeiro. A gente que resolve a questão da manutenção, a gente que resolve questão do bacio que entupiu, a gente que resolve questão da chave que não quis abrir, a gente que resolve questão do paciente que tem que fazer exame, que tem que levar e que tem que buscar. Então o nosso tempo acaba sendo muito restrito para a assistência realmente e sendo muito mais dispensado para essa questão administrativa, que solicita muito e que é muito consumidora da gente. Quando a gente está com menos pacientes, eu consigo passar aquela visita maravilhosa, eu termino a passagem de visita assim feliz, sabe, eu termino feliz, eu termino dizendo "poxa, consegui, consegui olhar o curativo, consegui orientar o paciente" [...] Então assim, o nosso tempo fica muito restrito porque a gente não consegue fazer as duas coisas ao mesmo tempo, ninguém é super-homem, nem mulher-maravilha, então eu acho que a gente tem que realmente assumir isso, e se esse tipo de orientação puder vir de uma ajuda [...] eu acho até que seria o ideal. (E6)

A gente não consegue fazer esse cuidado de excelência porque se tem mais vinte e tantos pacientes para estar cuidando, tem o que passa mal, tem que supervisionar o técnico, tem que acompanhar, tem que descer para exame, então o quantitativo de profissionais eu acho extremamente relevante, esse nosso dimensionamento tá ultrapassado. As Unidades têm praticamente o mesmo quantitativo de pacientes e número de trabalhadores de vinte anos atrás, quando o perfil das pessoas de saúde-doença modificou demais, então acho que tem que rever esse quantitativo de trabalhadores. (E1)

Espaço físico e recursos materiais inadequados

Questões de infraestrutura hospitalar, incluindo espaço físico inadequado e carência de recursos materiais para a realização de atividades educativas, foram citadas pelos sujeitos do estudo como obstáculos no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem às pessoas com DM no cotidiano hospitalar.

Os sujeitos referiram o momento da hospitalização como oportuno para realizar atividades de educação em DM por considerarem que essas pessoas estão sensibilizadas a cuidar da saúde e com tempo ocioso que pode ser preenchido com essas atividades. Assim, expuseram como desejo a realização de orientações, discussões ou uso de materiais didáticos, complementando as estratégias de ensino. No entanto, pontuaram que o espaço físico do hospital onde o estudo foi realizado não é facilitador para que essas atividades aconteçam, pois é deficiente de ambientes específicos como salas ou solários para essa finalidade. Ainda, somou-se como obstáculo ao desenvolvimento do cuidado educativo a deficiência de materiais como vídeos, cartilhas ou folders, que poderiam ser utilizados pela equipe de enfermagem como recursos didáticos junto às pessoas com DM. A fala a seguir exemplifica algumas situações:

[...] eu acho que deveria ter nas unidades um local para se conversar com esse paciente, porque é muito complicado você atender um paciente e, às vezes, fazer uma orientação mais firme, mais incisiva, num quarto onde tem quatro pacientes. Além da questão do sigilo que a gente fere, tem várias outras questões éticas que são bem complicadas, você expõe o paciente. [...] ter espaço para conversar com esse paciente melhor, mais reservado, tendo mais profissionais para você conseguir fazer... enquanto um faz uma coisa o outro poder ir fazendo outra. Você tendo toda essa estrutura, você consegue fazer uma educação de excelência, se você tem condição, se você tem conhecimento para isso, o que falta, muitas vezes, é estrutura física, de pessoal, de material, de material não só físico, mas material didático. A gente não tem um material didático hoje para entregar ao paciente diabético, às vezes ele fica aí internado um mês, fica só no quarto vendo televisão. Então se a gente tivesse um material,

uma cartilha, bonitinha, ilustrativa, sei lá, poderia entregar para o paciente, pelo menos, se ele ia ficar um mês internado com certeza em algum momento ele ia pegar a cartilha e ia dar uma lida ou ia dar uma folheada, se não soubesse ler, ia pedir para alguém ler o que estava escrito, entende? (E1)

Inexistência de rotinas referentes à educação em saúde

Na instituição hospitalar onde ocorreu o estudo, os sujeitos apontaram não existir rotinas específicas, estruturadas e nem sistematização com registro do cuidado educativo para auxiliar no desenvolvimento das atividades de educação em saúde no ambiente hospitalar. Dessa forma, a educação em saúde às pessoas com DM ocorre “ao acaso”, conforme mostram os relatos abaixo:

[...] a orientação surge no momento em que a gente percebe a dificuldade, né, e o próximo complementa se percebe a dificuldade, mas a gente não tem esse registro de quem orientou e o que orientou. (E1)

[...] eu sinto muita dificuldade para fazer orientação, assim, às vezes na conversa acontece de surgir esse tema de falar, mas não tem algo assim, um protocolo, de passar essa visita e passar essa orientação, acontece por um acaso, estou passando num quarto, daí tu dá a orientação, mas, ah tá corrido, não teve tempo de falar... não tem manual, um roteiro, algo que possa facilitar para dizer isso, isso e aquilo. (E4)

Falta atualização dos conhecimentos e das novas tecnologias

Os sujeitos do estudo apresentaram a percepção de que para realizar a educação em saúde de qualidade para as pessoas com DM seria essencial treinamentos/capacitações com educação continuada para a equipe de enfermagem, abrangendo uma visão ampliada do cuidado a essas pessoas, não focalizando apenas a doença e os procedimentos técnicos, mas que também incluísse avaliações e prevenção de complicações, com conhecimentos atualizados. Ou seja, seriam

necessários conhecimentos mais aprofundados sobre essa condição de saúde específica e sobre as tecnologias que vêm sendo produzidas.

[...] a gente, profissional, tem que estar bem capacitado para isso. Estar sempre com conhecimento bem aprofundado [...] um programa institucional voltado às doenças crônicas, que é o nosso perfil em clínica médica, é o que a gente trata, o paciente crônico, então ter bastante treinamento pra isso. (E1)

Na verdade, eu tenho pouco conhecimento sobre paciente diabético hospitalizado, não consigo pensar em muitos cuidados, um protocolo iria me ajudar bastante nesse conhecimento, porque eu não consigo pensar em outras coisas para agregar. Quantos pacientes diabéticos a gente tem, que internam por outros motivos, e que a gente não dá nenhuma atenção pelo fato ser diabético? A não ser o controle de HGT e a correção insulínica. A gente às vezes não se dá conta de que ele precisa de uma orientação a mais. [...] Não me sinto muito preparada para orientar bem o paciente diabético intra-hospitalar, então acho que as educações permanentes que têm dentro do hospital deviam ter um olhar específico para isso também, para os diabéticos, para capacitar os profissionais a avaliarem bem a situação dos diabéticos. (E9)

Com os relatos, compreendemos que são muitos os obstáculos que parecem estar limitando o desenvolvimento de atividades que vão para além do controle clínico específico, como aquelas que envolvem educação em saúde para as pessoas com DM no ambiente hospitalar. No entanto, os profissionais de enfermagem percebem a importância da inserção dessas atividades no cotidiano da assistência de enfermagem, desde que melhor estruturadas, planejadas e com melhores condições de trabalho.

Diante do reconhecimento da realidade vivenciada na assistência de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, os enfermeiros entrevistados apontaram algumas possibilidades para buscar o aprimoramento e a efetivação de ações voltadas à educação em saúde no ambiente hospitalar, conforme exposto na categoria a seguir.

POSSIBILIDADES PARA DESENVOLVER A DIMENSÃO EDUCATIVA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

Os relatos dos sujeitos convergiram para um arsenal de ideias que visam a superar os obstáculos do cotidiano da assistência de enfermagem e que refletem no desenvolvimento das atividades de educação em saúde no ambiente hospitalar, dentre elas:

Atividades estruturadas de educação em saúde: individuais e coletivas

Ao explorar as possibilidades de realização de educação em saúde no ambiente hospitalar, tivemos como resultado as proposições de atividades educativas tanto individuais como em grupos de pessoas com DM, integrando seus familiares ou cuidadores, recursos didáticos para o uso de materiais lúdicos educativos (vídeos, cartilhas, folders), e uso de instrumentos específicos para os registros da realização da educação em saúde pela equipe de enfermagem (por exemplo, um *check list* das orientações em anexo ao prontuário).

Quanto à atividade educativa individual, o momento da realização do Histórico de enfermagem foi reconhecido como ideal para iniciar o cuidado educativo, considerando esse o momento de maior intimidade com a pessoa com DM, quando o enfermeiro toma conhecimento do contexto de vida e saúde dessa pessoa, podendo definir necessidades e prever metas e ações voltadas ao cuidado educativo em conjunto com a pessoa com DM e família.

Os momentos de realização de alguns procedimentos técnicos, como a verificação da glicemia capilar ou a administração de insulina subcutânea, também foram destacados como oportunidades para realizar educação em saúde individual, orientando a forma correta de se proceder e incentivando que a própria pessoa com DM, no ambiente hospitalar, realize essas atividades sob a supervisão da equipe de enfermagem, na perspectiva de desenvolver autocuidado e habilidades com o manejo dos insumos, além de traduzir-se em um cuidado educativo participativo, onde a pessoa com DM e sua família tornam-se ativos no processo de aprendizado.

As atividades coletivas para grupos de pessoas com DM hospitalizadas foram descritas como importantes e possíveis de serem realizadas no ambiente hospitalar, considerando a grande quantidade de

pessoas com DM nas Unidades de internação médico-cirúrgicas que poderiam se beneficiar com a troca de experiências, estímulo ao autocuidado e agregação de conhecimentos. Segundo os sujeitos do estudo, as atividades em grupos para as pessoas com DM poderiam ser programadas, com ampla divulgação das datas, horários e conteúdos, e contar com a colaboração de profissionais de saúde das diversas áreas (nutrição, psicologia, serviço social, medicina, outros), além da enfermagem. Essas ideias emergiram em vários relatos, como exemplificadas nos que seguem:

Eu sou a favor de fazer em grupo, reunir os pacientes que possuem DM, porque eu acho que eles trocam muita experiência e, às vezes, o erro cometido por um, quando a gente vai orientar individualmente, aquele ali também comete o mesmo erro, mas não lembra. Então quando eles estão reunidos eu acho que surge muita coisa assim de discussão. “Ah, eu também faço isso em casa, mas eu achei que tava certo”, então se ele achou que estava certo ele nem ia comentar com a gente. Então eu sou a favor de grupo, de fazer grupos. Acho também que é importante a família estar junto, talvez no horário de visita, em um determinado horário, assim, que tivesse familiar, que normalmente é a tarde que eles vêm e também final de semana [...] acho que é isso mesmo, implementar grupos. [...] e com envolvimento da família, porque muitos que a gente tem aqui, eles não têm um acompanhante, eles têm visita, visita não fica com eles em casa, aquele que cuida dele em casa, que permanece com ele mais tempo, essa pessoa tem que ser orientada também, da mesma forma, em relação à dieta, em relação ao horário de insulina, em relação a horário de medicação, quantidade de comida, tipo de comida, então essa pessoa internada, esse paciente internado, ele precisa ter uma rede familiar, um apoio, uma rede de apoio, se ele faz uma hipoglicemia e desmaia em casa alguém tem que saber o que fazer com ele! (E3)

Eu penso assim, na tecnologia que se está hoje, poderia colocar o paciente ou o familiar na frente de um vídeo, um vídeo bem elaborado, um vídeo

curto, bem educativo, passar e perguntar quais são as dúvidas e isso poderia ser feito, tu aplica o vídeo e coloca um questionário de dúvidas, então seria uma coisa mais prática para o familiar. [...] Existem áreas nos fundos das Unidades, como nós temos aqui, com televisão. O hospital universitário, dentro de uma Universidade poderia apostar mais em orientação por vídeo. [...] acho que é uma tecnologia que não está sendo aproveitada, porque às vezes o que acontece, você chega na frente de um paciente, ou tu vai falar de mais, ou tu vai esquecer, porque um dia tu está cansada, outro dia o tempo é curto, ou o paciente teve que sair. (E12)

Enfermeira com expertise em DM e articuladora de ações

Também como resultado, encontramos a valorização da atuação de um profissional de enfermagem exclusivo para assumir a realização de atividades educativas específicas para as pessoas com DM, porém envolvido não somente com a educação em saúde, mas também com: o acompanhamento das pessoas com DM durante a hospitalização junto à equipe multidisciplinar de saúde; a criação e implementação de materiais educativos; e a articulação de ações junto aos serviços da rede de saúde. Os enfermeiros assistenciais percebem-se impotentes para assumir tais responsabilidades associadas às demais atividades desenvolvidas no turno de trabalho e na dinâmica de funcionamento das Unidades de internação. Acreditam, entretanto, que esse profissional traria outra dinâmica ao cuidado da pessoa com DM.

Assim, sugeriu-se que esse profissional poderia ser um dos enfermeiros atuantes no ambulatório de endocrinologia, por estar diretamente vinculado ao hospital (no local do estudo, o ambulatório fazia parte da estrutura hospitalar), e, especialmente, por apresentar os conhecimentos aprofundados e atualizados quanto aos cuidados às pessoas com DM.

Acho que primeiro precisaria ter um enfermeiro que só cuidasse dessa parte, uma enfermeira que direcionasse os seus cuidados aos pacientes diabéticos para fazer todo esse acompanhamento durante a internação. Então eu acho que para ser

possível, no hospital ideal, é “recursos humanos” o primeiro ponto. (E7)

É, tem que ter um enfermeiro específico, porque o enfermeiro da Unidade não tem... não adianta, não tem dinâmica, a dinâmica da Unidade não permite que ele pare para coordenar, para fazer um grupo, entendeu? Não adianta, eu acho que se é para investir, tem que investir em profissional capacitado para tal. Se é para ficar bom, tem que focar naquilo ali, porque o enfermeiro da Unidade não vai focar só nesse tipo de paciente, ele vai focar em todas as outras especialidades da Unidade. (E7)

[...] se tivesse alguém de uma equipe que passasse aqui e realmente conferisse se ele está, se fizesse o agendamento [...] para alguém que precisa de encaminhamento, ou para trazer esses pacientes para uma aulinha. [...] Poderia ser alguém do ambulatório, todos os dias passar pelas unidades. (E12)

[...] as enfermeiras do DM [*refere-se às enfermeiras que atuam no ambulatório de endocrinologia dentro do hospital*], acho que aquela equipe que tem bastante conhecimento, às vezes sobre coisas bem simples, elas poderiam nos guiar nas orientações do paciente internado. Ela poderia às vezes vir no primeiro e segundo dia, a gente mesmo poderia comunicar e ela vir para ver, as orientações, de repente, se tiver um protocolo e tiver um *check list*, ela vem e traz essa folha, explica algumas coisas para a gente, para a gente poder acompanhar o paciente, e ela não precisaria vir todos os dias, mas teria consciência também do número de pacientes que internam com diabetes. A gente podia ter esse controle. Mas eu também não sei o número de funcionários, de enfermeiras que tem lá, se teria como. (E9)

Atuação em rede entre os serviços do sistema de saúde

A comunicação e articulação entre os pontos da rede de serviços de saúde foram vistas pelos sujeitos do estudo como desafio a ser enfrentado para sua plena inserção nas atividades assistenciais hospitalares. Devido à percepção dos sujeitos acerca da importância dessas atividades para a continuidade da assistência e da educação às pessoas com DM para a possível redução de re-internações, os enfermeiros indicaram modos de tornar possível a realização de ações para a referência e contra referência de maneira a efetivar o trabalho articulado em rede entre os serviços do sistema de saúde, envolvendo o hospital (atenção terciária, de média e alta complexidade), ambulatórios (atenção especializada) e Unidades básicas de saúde (atenção básica).

Algumas ideias surgiram das experiências positivas desenvolvidas no local de trabalho com a efetiva realização da comunicação e da articulação entre o hospital e alguma Unidade básica de saúde, porém observou-se que foram situações pontuais, não fazendo parte da realidade da assistência em saúde diária. Os relatos abaixo mostram o desejo de efetivar a contra referência para manter a continuidade da assistência, incluindo a orientação/educação em saúde em todos os serviços de saúde que as pessoas com DM utilizam:

[...] acho que o contato por telefone seria muito efetivo para esses pacientes, e uma carta, se a gente tivesse o hábito de fazer uma carta para o posto de saúde sobre os cuidados que foram dados e as orientações dadas para aquele paciente, para se manter uma linha de cuidado, acho que se a gente conseguisse fazer esses dois, ou pelo menos, um deles, já seria ótimo! (E9)

[...] esse contato com a atenção básica seria fundamental assim, a gente não tem esse atendimento aqui, essa forma de atuação no hospital, de ter esse contato com o profissional, de repassar as informações, a que o paciente foi submetido, qual o acompanhamento que foi feito, o que ele precisa, com o que ele está indo para casa, então seria o ideal se a gente tivesse também essa comunicação com a ponta né, que seria fundamental para o acompanhamento. (E10)

Esses resultados podem ser considerados como um leque de possibilidades a serem buscadas pelos gestores e profissionais de enfermagem para inserir as atividades educativas no ambiente hospitalar, no sentido de transformar as situações vividas atualmente na realidade dos serviços de saúde em situações mais harmoniosas, coletivas e promotoras de autocuidado às pessoas com a condição crônica do DM.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento da educação em saúde no ambiente hospitalar, mesmo reconhecido como uma necessidade e como parte das atribuições dos enfermeiros, encontram vários obstáculos que ainda precisam ser superados. O dimensionamento inadequado de pessoal, associado ao excesso de demanda de trabalho, é um aspecto reconhecido como afetando a realização dessa importante atividade. A prioridade é dada ao tratamento clínico, colocando a educação em saúde como uma intenção que é realizada de forma assistemática, utilizando oportunidades que surgem no desenvolvimento dos cuidados clínicos.

Essa situação de falta de profissionais enfermeiros está na contramão do que foi estabelecido em 2004 pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio da Resolução 293/2004, que “fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados”, apresentando-a como instrumento de planejamento, controle, regulação e avaliação da assistência prestada. Uma análise recente sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem, no entanto, concluiu que o número de enfermeiros que atuam nas instituições de saúde é menor do que o recomendado. Mesmo passados mais de dez anos da indicação do Cofen quanto ao dimensionamento de pessoal, a enfermagem brasileira permanece com uma sobrecarga de trabalho não adequada à Resolução 293/2004, especialmente quanto ao percentual de enfermeiros, frequentemente, muito menor do que o recomendado pela classificação de necessidades de cuidado dos pacientes (LORENZINI et al., 2014).

Corroborando com o contexto observado no cenário do nosso estudo, Foust (2007) relatou que enfermeiros que atuam em hospitais estão frequentemente cuidando de pessoas com múltiplas doenças crônicas e com necessidades que precisam ser atendidas em curto espaço de tempo. Como resultado, os enfermeiros tendem a priorizar aspectos

imediatos da assistência, deixando de lado, por exemplo, a atividade educativa e a previsão de problemas que ocorrerão no domicílio e de como solucioná-los (FOUST, 2007).

O excesso de trabalho, falhas na comunicação dentro da equipe de enfermagem, dificuldades na comunicação com outros profissionais, problemas na participação em reuniões da equipe multiprofissional, entre outros, são impedimentos para a efetiva participação do enfermeiro no processo de preparo do paciente para a alta (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011), ou seja, para uma das diversas ações que compreendemos ser parte importante das atividades educativas às pessoas hospitalizadas.

Segundo a percepção dos enfermeiros do estudo, a hospitalização é um momento propício para a prática de educação em saúde voltada às pessoas com DM, pois as pessoas internadas têm tempo ocioso, que poderia ser utilizado para esse fim. O estudo realizado por Martins e Rodrigues (2013) também mostrou que, na hospitalização, as pessoas estão mais sensibilizadas com sua condição crônica de saúde e manifestam desejo de cuidar melhor de sua saúde.

Além disso, aspectos como o espaço físico inapropriado, o déficit de materiais educativos e a inexistência de rotinas específicas de enfermagem para atividades de educação em saúde conformam uma realidade que não favorece a realização dessas atividades, mostrando que os hospitais não foram, e ainda não são pensados como locais que priorizam a educação em saúde, limitando o desenvolvimento do cuidado ampliado/integral como deveria ser.

A estrutura dos hospitais e a burocratização adotada ainda hoje são fatores que dificultam o processo de mudanças nesses espaços em busca de ações de promoção da saúde (SILVA et al., 2011). São necessárias mudanças institucionais físicas e organizacionais com: criação de áreas propícias para o ensino-aprendizado e incentivo aos hábitos saudáveis, como salas ou solários para a realização de grupos de educação em saúde, orientações individuais ou ensino e prática de atividades físicas; disponibilização de recursos materiais e tecnologia apropriada que favoreçam a realização das atividades educativas; estabelecimento de modelos de cuidados que possibilitem a articulação dos cuidados clínicos com os cuidados educativos durante a hospitalização; e definição de protocolos de cuidado específicos. Neste sentido, é necessário que ocorra uma mudança de paradigma onde se cultive a ideia do hospital como ambiente não só de cura das doenças, mas também como um espaço de promoção da saúde.

Cecílio (2006) e Silva et al. (2011) afirmam que o hospital é um lugar estratégico de intervenções e novas práticas, que podem contribuir

para a efetivação de atividades promotoras da saúde, educação em saúde e criação de vínculos no espaço hospitalar. Pondera-se, entretanto, que, para isso, as práticas no interior dos hospitais precisam ser repensadas, assim como a relação médico-paciente, médico-equipe e sistema de saúde como um todo (CECÍLIO, 2006).

Esperam-se, ainda, mudanças de cunho pessoal relacionadas à busca de aprofundamento dos conhecimentos pelos profissionais da saúde, através da participação em treinamentos/capacitações, leitura ou cursos, por exemplo, na perspectiva de maximizar as noções acerca dos cuidados de enfermagem amplos e específicos às pessoas com DM. A falta de atualização dos conhecimentos foi destacada no estudo pelos enfermeiros, como uma percepção sobre si mesmos, onde o conhecimento insuficiente em DM foi reconhecido como uma limitação para a educação em saúde das pessoas com DM hospitalizadas.

O estudo de Gerard, Griffin e Fitzpatrick (2010) avaliou o nível de conhecimento de enfermeiros em unidades de cuidados agudos sobre os cuidados às pessoas com DM hospitalizadas e manejo clínico do DM. Como resultados, os autores mostraram que foi percebido baixo nível de conhecimento dos enfermeiros, corroborando com dados da literatura, além de não usufruírem de educação continuada nos últimos anos.

A necessidade de melhorar os conhecimentos dos enfermeiros ganha mais ênfase para melhorar as taxas de morbidade e mortalidade associados com DM (GERARD; GRIFFIN; FITZPATRICK, 2010). Todos os profissionais de saúde que cuidam de pessoas com DM devem realizar atualizações dos conhecimentos sobre o manejo do DM (AADE, 2012). O papel da educação continuada é essencial para dar suporte ao conhecimento dos enfermeiros diante das complexas condições clínicas, tais como o DM. Este conhecimento é um fator significativo na prestação de cuidados de qualidade para uma população cada vez maior, como a de pessoas com DM (GERARD; GRIFFIN; FITZPATRICK, 2010).

Essa falta de conhecimentos específicos dos enfermeiros acerca do DM, deixa-os inseguros na realização do cuidado clínico e, mais ainda, na realização da educação em saúde. Um exemplo dessa situação foi mostrado no estudo de Modic et al. (2013), o qual indicou que os enfermeiros não conhecem bem a farmacocinética da insulina, nem as metas alvo de glicose no sangue para pessoas hospitalizadas ou o tratamento adequado de hipoglicemia, além de revelar que todos os prestadores de cuidados têm conhecimento insuficiente desses temas.

Nesta mesma linha de argumentos, está o estudo de Cook et al. (2008), que apresentam uma lista de barreiras comuns nas instituições

hospitalares no que concerne aos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas, dentre elas i) incapacidade de coordenação da tríade de cuidados: monitoramento da glicemia, administração de insulina e refeição consumida; ii) comunicação incompleta entre os profissionais de saúde; iii) conhecimento inadequado de fatores que contribuem para hipoglicemia; iv) falha de reconhecimento do DM como um problema clínico; v) pouco empoderamento para falar sobre o manejo dos níveis de glicose; e vi) falta de atenção aos padrões dos níveis de glicose.

Acreditamos que tais barreiras/obstáculos podem ser sanadas com o planejamento e a implementação de educação continuada para profissionais de enfermagem nos ambientes hospitalares, tendo como orientação um modelo de cuidado que privilegie estas necessidades.

Nosso estudo apontou algumas possibilidades de efetivação da educação em saúde para as pessoas com DM no cenário hospitalar, visando a ir além dos cuidados clínicos e gerenciais cotidianos da assistência de enfermagem. As possibilidades citadas foram: a realização de educação em saúde estruturada de forma individual e coletiva; a existência de enfermeira com expertise em DM; e o estabelecimento de comunicação efetiva para a realização de um trabalho articulado em rede entre os serviços do sistema de saúde (referência e contra referência).

Convergente ao que os enfermeiros do nosso estudo indicaram, Rollo (2006) destaca a criação de espaços coletivos nas unidades de trabalhos que garantam a discussão entre as figuras do ambiente hospitalar, com ênfase na escuta dos usuários. Julga-se que as equipes assistenciais podem desempenhar papel importante na vida da pessoa e de sua família durante o período de internação. Através dos espaços de conversação, por meio da arte, da fala e da escuta e da contínua interação, os medos, as falas ocultas, as cegueiras, as possibilidades podem ser explicitadas, mediante uma relação horizontal de sujeito para sujeito, permeada por confiança, cooperação e responsabilidade. Os grupos de vivência, as técnicas psicodramáticas e as reuniões são citadas como dispositivos que estão sendo usados para contribuir neste processo de produção de sujeitos-cidadãos preparados para enfrentar os seus problemas de saúde (ROLLO, 2006).

Além das orientações em saúde desenvolvidas pelos enfermeiros concomitantemente às práticas assistenciais cotidianas, houve a indicação da educação em saúde estruturada, sistematizada e coordenada por um enfermeiro ou por um grupo de enfermeiros exclusivos para essa finalidade, como um importante serviço de apoio para o cuidado às pessoas com DM hospitalizadas. Essa ideia foi considerada factível e

benéfica na perspectiva do aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem às pessoas com DM desenvolvidos no hospital. Isso se concretizaria com a criação do papel do “enfermeiro especialista em DM”, envolvendo, além da educação em saúde individual e coletiva às pessoas com DM e a seus familiares, a responsabilidade por ações de capacitação aos profissionais de enfermagem, articulação de ações de comunicação e articulação com pontos da rede de serviços de saúde, facilitando a contra referência.

O número de enfermeiros especializados em DM é baixo, enquanto que o número de pessoas com DM está crescendo cada vez mais. Diante dessa situação, hospitais acabam oferecendo um atendimento deficiente, ocasionando danos evitáveis às pessoas com DM durante a hospitalização (TRUELAND, 2013).

A inclusão de enfermeiros especializados é vital. Equipes inovadoras de enfermeiros especialistas estão reduzindo internações por educar profissionais e pacientes no controle do DM (DEAN, 2014). No entanto, menos de um terço dos hospitais tem enfermeiros especialistas em DM com atuação voltada para as pessoas hospitalizadas. Esse déficit nos cuidados de enfermagem continua sendo uma prioridade para a melhoria da assistência atualmente (TINGLE, 2012). Segundo Trueland (2013), enfermeiros gerais podem fornecer cuidados gerais às pessoas com DM hospitalizadas, mas eles ainda precisam do suporte/apoio de um grupo de enfermeiros especializados em DM.

Modic et al. (2013) criaram um programa educacional para enfermeiros assistenciais, ou *bedside nurses*, responsáveis pelos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas. Nesse programa, os enfermeiros são recrutados para servir como mentores de gestão de DM e recebem educação avançada, relacionada aos princípios de ensino-aprendizagem sobre os sete comportamentos de autocuidado indicados pela *American Association of Diabetes Educators* (AADE) e as estratégias de gerenciamento do DM. Os enfermeiros mentores tornam-se responsáveis por empoderar os colegas enfermeiros e as pessoas com DM hospitalizadas por meio do conhecimento, além de defender as pessoas com DM e facilitar os encaminhamentos para o serviço ambulatorial. Assim, o programa educacional visa a promover o desenvolvimento de enfermeiros mentores no manejo do DM e também a criar ferramentas de ensino que possam ser usadas pelos enfermeiros assistenciais para resolver lacunas da prática ou deficiências de habilidade.

As autoras destacam que o empoderamento dos enfermeiros assistenciais como mentores para os seus colegas e pessoas com DM é

um excelente trunfo, que ajuda os enfermeiros a tomar posse de sua prática. Este papel pode ser aplicado a outras entidades, ajudando enfermeiros a desenvolver uma gestão específica e habilidades para melhorar os resultados da condição clínica das pessoas hospitalizadas (MODIC et al., 2013).

Outro exemplo foi o estudo de Flanagan et al. (2008), que se preocupou com o impacto que uma equipe de cuidados específicos poderia gerar nos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas. Para isso, foi formada uma equipe com cinco enfermeiras especialistas em DM dedicadas ao cuidado de pessoas hospitalizadas, com suporte de um consultor e um diabetologista. Uma enfermeira responsável pela ligação com a equipe de diabetes foi nomeada em cada Unidade, e cada indivíduo com diagnóstico de DM foi identificado na admissão. A equipe teve um impacto significativamente positivo na diminuição do tempo de duração da hospitalização das pessoas com DM (FLANAGAN et al., 2008).

De acordo com a *American Association of Diabetes Educators* (AADE, 2012), os “educadores de diabetes” são um recurso valioso para a equipe interdisciplinar e devem estar preparados para facilitar mudanças e implementar processos e programas para melhorar o controle glicêmico de pessoas com DM, considerando que esses profissionais desempenham um papel fundamental na articulação entre os diferentes profissionais, privilegiando educação em DM, além de favorecer o melhor controle glicêmico, com o estabelecimento de, por exemplo, protocolos de monitoramento e rastreamento de hipoglicemia, protocolos agressivos de insulina na hiperglicemia e uma transição suave do hospital para casa (AADE, 2012, p.143).

A educação em diabetes é essencial para o autogerenciamento da condição crônica de saúde pelas pessoas que vivenciam o DM. Devem fazer parte de um plano de ensino as orientações face a face e instruções impressas, além de encaminhamento a um Centro de Diabetes Ambulatorial para o acompanhamento fornecido por educadores em diabetes certificados, ajudando as pessoas a satisfazer suas necessidades de autogerenciamento da condição crônica de saúde (KUBACKA, 2014).

Na busca por modos de comunicação para a realização de um trabalho articulado em rede entre os serviços do sistema de saúde, os enfermeiros percebem ser possível o contato via telefone, por escrito (sumário de alta) e/ou mesmo pessoalmente, de acordo com a complexidade de cada caso. Essas ações vêm sendo desenvolvidas de maneira tímida no cenário do estudo, porém, os enfermeiros acreditam

que ampliar essas ações poderia potencializar a continuidade da assistência, incluindo a continuidade da educação em saúde às pessoas com DM usuárias das redes de serviços de saúde.

Tendo em vista o conceito ampliado de saúde, considera-se que a promoção da saúde é possível e necessária nos ambientes hospitalares e que as ações desenvolvidas nesse sentido podem conduzir a pessoa hospitalizada e a sua família na busca de uma qualidade de vida (SILVA et al., 2011). Nessa perspectiva, reforçamos nossa compreensão acerca da educação em saúde no ambiente hospitalar como parte do leque de ações que convergem para a promoção da saúde.

A dimensão do educar que se apresenta por meio das ações educativas consolida-se no trabalho da enfermagem, com a atuação dos profissionais enfermeiros como mediadores do processo ensino-aprendizagem num processo fundamental para a promoção da saúde (RIGON, 2011). Em nosso estudo, no entanto, constatamos que nem sempre as enfermeiras assumem esse papel de mediadoras do processo ensino-aprendizagem para as pessoas com DM, usando como justificativa para o desenvolvimento de um cuidado educativo deficiente os obstáculos cotidianos da prática de enfermagem no ambiente hospitalar. Nesse sentido, parece não haver entre as enfermeiras e a equipe de enfermagem a percepção de que elas mesmas deveriam lutar pelas mudanças necessárias, tanto no que concerne ao processo de trabalho da enfermagem quanto ao contexto dos serviços de saúde.

Destacamos, também, que parece não haver uma compreensão clara de que a autonomia é parte da atuação dos enfermeiros. Cabe aos enfermeiros que atuam na assistência hospitalar buscar melhores condições de trabalho visando a um ambiente harmonioso e melhor estruturado, onde possam ser protagonistas, proativos e articuladores das ações educativas, no intuito de colaborar com a promoção da saúde em sentido amplo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros relataram múltiplas faces sobre como desenvolvem os cuidados de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar, ressaltando os obstáculos ou os desafios da prática e, ao mesmo tempo, apontando as possibilidades de superá-los, na perspectiva de efetivar a atividade de educação em saúde no cotidiano do ambiente hospitalar.

Os obstáculos apresentados diante do cuidado de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar ajudaram-nos a apreender a

realidade de um contexto bastante complexo. Podemos dizer que os obstáculos discutidos, como, por exemplo, a falta de profissionais, o excesso de demanda de trabalho, o espaço físico e os recursos materiais inadequados, o déficit na educação em saúde para as pessoas com DM e na educação continuada para os profissionais não são problemas novos, tampouco pouco abordados em publicações científicas, em diretrizes propostas por entidades científicas, em órgãos de enfermagem ou em congressos/simpósios de saúde, mas ainda são uma realidade nos serviços de saúde atuais.

As ideias destacadas como possibilidades de educação em saúde no cenário hospitalar são apreciáveis, e corroboramos com a importância ímpar de cada aspecto. No entanto, também estamos há muito tempo discutindo como melhorar e inserir ações voltadas à educação em saúde na atenção em saúde, especialmente no ambiente hospitalar. Os avanços, entretanto, quando ocorrem, seguem em ritmo lento.

Essas constatações fazem-nos pensar que precisamos avançar, buscando a transferibilidade das discussões acadêmicas e científicas para as práticas assistenciais de fato. Enfermeiros que estão na linha de frente das práticas de saúde e enfermagem parecem não se perceber como protagonistas e agentes de mudanças, nem se posicionar numa atuação proativa, articuladora e eficaz no sentido de provocar as mudanças necessárias para quebrar barreiras e ultrapassar os obstáculos.

Compreendemos que existe uma linha tênue entre “querer fazer” e “poder fazer”. Muitas limitações são provenientes das condições de trabalho proporcionadas pelo contexto dos sistemas e serviços de saúde atuais. No entanto, ao reconhecer os obstáculos do cotidiano dos cuidados de enfermagem e levantar possibilidades, enfermeiros devem assumir uma postura ativa, buscando estratégias e fontes para melhorar determinados aspectos de sua prática profissional.

Nesse sentido, acreditamos que instrumentos ou modelos de cuidados de enfermagem podem servir para subsidiar a discussão acerca das condições ideais para o desenvolvimento de determinadas práticas de enfermagem, como o cuidado ampliado às pessoas com DM no ambiente hospitalar. Para isso, percebe-se a necessidade de desenvolvimento de estudos voltados para a criação de um modelo de cuidado de enfermagem específico às pessoas com DM hospitalizadas, que oriente as ações de enfermagem no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.A. **Promoção de saúde na atenção terciária**: a atuação do profissional de enfermagem em um hospital de Uberaba (MG). Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Franca, Franca (SP), 2008.

AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS (AADE) Position Statement. **Diabetes Inpatient Management**. The Diabetes Educator. vol. 38, n. 1, jan./feb. 2012.

CARVALHO, R.B.N.C. et al. Educação em saúde na adesão ao tratamento por pacientes diabéticos. **Rev. Enferm. UFPI**. Teresina, v. 2, n. 3, p. 33-39, jul./sep. 2013.

CECÍLIO, 2006 = CECÍLIO, L.C.O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. **Division of Diabetes Translation**. 2009. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/dmany/fig1.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2013.

CHILDERS, B.; LEVESQUE, C.M. Use of Insulin in the Noncritically Ill-hospitalized Patients with Hyperglycemia and Diabetes. **Crit Care Nurs Clin North Am**, Philadelphia, v. 25, p. 55-70, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 14 jan. 2016.

COOK, C. et al. Beliefs about hospital diabetes and perceived barriers to glucose management among inpatient midlevel practitioners. **Diabetes Educ**. Chicago, v. 34, n. 1, p. 75-83, 2008.

DEAN, E. We have much to do. **Nursing Standard**. London, v. 28, n. 25, p. 20-22, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7748/ns2014.02.28.25.20.s26>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

FLANAGAN, D. et al. Diabetes care in hospital-the impact of a dedicated inpatient care team. **Diabet. Med.**, Chichester, v. 25, 147-151, 2008.

FOUST, J.B. Discharge planning as part of daily nursing practice. **Appl Nurs Res.**, Philadelphia, v. 20, n. 2, p.72-77, 2007. Disponível em: <http://www.nursingconsult.com/nursing/journals/0197-4572/fulltext/PDF/s0897189707000092.pdf?issn=0897-1897&full_text=pdf&pdfName=s0897189707000092.pdf&spid=19492135&article_id=581544>. Acesso em: 18 dez. 2013.

GERARD, S. O.; GRIFFIN, M.Q.; FITZPATRICK, J. Advancing quality diabetes education through evidence and innovation. **J Nurs Care Qual**. Frederick, v. 25, n. 2, p. 160-167, 2010.

HSIEH, H.F.; SHANONN, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual. Health Res.**, Newbury Park, v. 15, n. 9, p.1277-1288, nov. 2005.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **IDF Atlas Diabetes**. 17th 2015. 144p.

KUBACKA, B. A balancing act. Achieving glyceimic control in hospitalized patients. **Nursing**. Springhouse, v. 44, n. 1, p. 30-37, jan. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Cec%C3%ADlia/Downloads/A_balancing_act__Achieving_glyceimic_control_in.9.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2016.

LANDIM, C.A.P. et al. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. **J Clin Nurs**. Oxford, v. 20, n. 23-24, p. 3394-3403, 2011.

LEAL, L.A. A promoção da saúde da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 762-772, set./out. 2015.

LORENZINI, E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão Integrativa. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 166-172, jan./mar. 2014.

MODIC, M.B. et al. Building a novel inpatient diabetes management mentor program. A blueprint for success. **Diabetes Educ.** Chicago, v. 39, n. 3, maio/jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Carta de Ottawa**. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

OTERO, L.M.; ZANETTI, M.L.; OGRIZIO, M.D. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. **Rev Latino Am Enferm.** Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 231-237, 2008.

RIGON, A.G. Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação hospitalar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), 2011. 126p.

RIGON, A.G.; NEVES, E.T. 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. 812-817, out./dez. 2011.

RODRIGUEZ, A. et al. Best practices for interdisciplinary care management by hospital glycemic teams: results of a society of hospital medicine survey among 19 U.S. Hospitals. **Diabetes Spectr**, Alexandria, v. 27, n. 3, 2014.

ROLLO, A.A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011a,. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000300027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2013.

SILVA JUNIOR, M.D. et al. O enfermeiro como educador em saúde na reabilitação do paciente portador de diabetes mellitus. **R. saúd. corp. ambi. e cuid.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 156-164, jan./mar. 2013.

SUZUKI, V.F.; CARMONA, E.V.; LIMA, M.H.M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 527-532, 2011.

TINGLE, J. National Diabetes Inpatient Audit: implications. **Br J Nurs**, v. 21, n. 11, p. 690-691, 2012.

TRUELAND, J. Securing a shorter stay in hospital. Specialist nurses have helped cut diabetes inpatient stays to less time than for those without the condition. **Nurs. Stand.** London, v. 27, n. 50, p. 16-18, aug. 2013.

6.3 ARTIGO 2 - PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Cecilia Arruda
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

RESUMO: Objetivamos descrever o processo de construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas desenvolvido através de uma pesquisa metodológica. A construção teve quatro momentos: **primeiro momento)** definições conceituais, originando Subsídios Teóricos; **segundo momento)** definição de quatro subsídios-base na busca por Subsídios Científicos e Contextuais-empíricos; **terceiro momento)** cada subsídio-base passou por duas etapas: a primeira de coleta de dados e a segunda de análise dos dados, originando Subsídios Científicos e Subsídios Contextuais-empíricos. Associando os Subsídios Teóricos, Científicos e Contextuais-empíricos criamos a Base Teórica do Modelo; e **quarto momento)** interpretação e integração de dados da Base Teórica para a composição da Base Operacional do Modelo, organizada nas Dimensões do cuidado de enfermagem: Clínica, Educativa e Gerencial. Essa Base Operacional possui princípios gerais, princípios específicos e elementos para o cuidado de enfermagem, convergindo para ações organizadas em: conhecendo, definindo problemas, agindo/intervindo e avaliando.

Palavras chave: Modelo de Cuidado. Enfermagem. Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

ABSTRACT: We aimed to describe the construction process of the “Nursing Care Model for People with Diabetes Mellitus in Hospital” through a methodological research. The construction had four stages: first stage) conceptual definitions, leading theorists subsidies; second stage) setting four base-subsidies in the pursuit of Scientific Grants and Contextual-empirical; third stage) each Grant-base goes through two stages: the first data collection and the second data analysis, resulting in Scientific Grants and contextual-empirical Grants. Associating Theoretical Grants, Scientific and contextual-empirical created the Theoretical Base model; fourth stage) interpretation and integration of Theoretical Base data for the composition of the Model Operating Base, organized in nursing care Dimensions: Clinical, Educational and Management. This Operational Base has general principles, specific principles and elements for nursing care with converging actions

organized by: knowing, defining problems, acting/intervening and evaluating.

Keywords: Model of Care. Nursing. Nursing Methodology Research.

RESUMEN: La finalidad fue describir el proceso de construcción del Modelo de Atención de Enfermería para Personas hospitalizadas con Diabetes Mellitus, desarrollado en una investigación metodológica. La construcción tuvo cuatro etapas: 1^a) definiciones conceptuales produciendo Subsidios Teóricos; 2^a) establecimiento Subsidios-base buscando Subsidios Científicos y Contextuales-empíricos; 3^a) cada Subsidio-base pasó por dos etapas: la primera, recopilación de datos, y la segunda, análisis de los datos, lo que resultó en Subsidios Científicos y Subsidios Contextuales empíricos. Al asociar los Subsidios Teóricos, Científicos y Contextuales empíricos se creó la Base Teórica. 4^a) interpretación e integración de los datos de la Base Teórica para la elaboración de la Base Operacional, organizada en las Dimensiones del cuidado de enfermería: Clínica, Educativa y Gestión. Esta Base Operacional tiene principios generales y específicos, y elementos para la atención de enfermería convergiendo para acciones organizadas: conocimiento, definición de problemas, actuar, intervenir y evaluar.

Palabras clave: Modelo de Atención. Enfermería. Investigación Metodológica en Enfermería.

INTRODUÇÃO

Nossas experiências como enfermeiras na área assistencial hospitalar, na docência universitária e como pesquisadoras de um grupo de pesquisas, o NUCRON⁷, levaram-nos a perceber a inexistência de modelos de cuidado de enfermagem específicos para pessoas com Diabetes Mellitus (DM) em ambiente hospitalar, especialmente convergentes à realidade dos hospitais brasileiros. Reconhecemos dois importantes modelos que orientam a atenção à saúde de pessoas em condição crônica, que são o *The Chronic Care Model (CCM)* (WAGNER et al., 1996; 1998; 2001), desenvolvido no Canadá, e o modelo brasileiro denominado de Modelo de Atenção às Condições

⁷ O Núcleo de Estudos e Assistência às Pessoas com Doenças Crônicas é um grupo de pesquisa constituído em 1987, vinculado ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Crônicas” (MACC) (MENDES, 2012). No entanto, esses modelos, apesar de nos orientarem de forma mais ampla, não são suficientes para abranger a especificidade da situação de cuidar de pessoas com DM hospitalizadas, pois são modelos mais genéricos, aplicados a qualquer condição crônica nos diferentes espaços de assistência à saúde.

Um Modelo de Cuidado de Enfermagem é compreendido como estruturas/instrumentos que orientam o cuidado de enfermagem a populações em cenários específicos. Sua elaboração leva em consideração uma construção lógica, sistematizada, ética e arquitetada com uma estrutura formada por um referencial teórico ou marco conceitual e um método de operacionalização na prática ou metodologia do cuidado, de forma a contribuir para a consolidação do corpo de conhecimentos da enfermagem e modos de fazer enfermagem. Assim, direciona a assistência de enfermagem através de embasamento teórico-científico e de sua utilização para a aplicabilidade prática de forma a melhor organizar o processo de trabalho da enfermagem, conferindo credibilidade à profissão (LUCENA et al., 2006; FERTONANI, 2010; TEIXEIRA, 2000; KEMPFER et al., 2010; KECK, 2000; CARRARO, 2001; ROCHA; PRADO, 2008; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; HARWOOD; DOWNING; RIDLEY, 2013).

O reconhecimento da complexidade do DM, cujas complicações têm crescido vertiginosamente, levando a um aumento do número de hospitalizações e mortes, mostrou-nos que era preciso ter um modelo que orientasse o cuidado de enfermagem a essas pessoas, de modo a não somente promover a recuperação da pessoa naquele momento da hospitalização, mas que também pudesse promover sua saúde e prevenir as complicações da doença de forma mais integral. Percebemos que a hospitalização pode ser um momento privilegiado para a compreensão da doença e para a promoção da saúde com melhor adesão ao tratamento.

Diante dessa constatação, o obstáculo que se apresentou foi de como elaborar um Modelo de Cuidado de Enfermagem, pois, como já afirmamos, não identificamos um guia para seu desenvolvimento. Rocha e Prado (2008) indicam que o primeiro passo para o desenvolvimento de um Modelo de Cuidado é a preocupação do pesquisador em relação a um tema a ser desenvolvido, que pode surgir de sua prática ou do conhecimento prévio sobre o assunto. A elaboração de um modelo de cuidado pode ser realizada por meio de processos diferentes, desde que sigam a lógica do raciocínio, seja indutivo, dedutivo ou indutivo-dedutivo, sendo que a escolha do método lógico está diretamente

relacionada à concepção de cuidado e ao referencial teórico do enfermeiro (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Compreendemos, assim, que diferentes métodos poderiam ser empregados na construção de Modelos de Cuidado de Enfermagem. A opção que escolhemos foi a realização de uma pesquisa metodológica, utilizando-se de multimétodos para a coleta e análise de dados, que convergiram para os componentes do Modelo, baseando-se em raciocínio lógico indutivo-dedutivo.

A escolha pela pesquisa metodológica justifica-se por considerarmos que a temática do DM vem sendo amplamente estudada há muitos anos, ocasionando um arsenal científico volumoso, de forma que um único método de pesquisa não seria suficiente para abordar a complexidade envolvida no desenvolvimento de um Modelo de Cuidado voltado às pessoas com DM. Almejamos levantar múltiplas perspectivas acerca dos cuidados de enfermagem às pessoas com DM, visando a oferecer consistência e rigor para a construção do Modelo de Cuidado, sendo que o raciocínio lógico dedutivo-indutivo aplicado na pesquisa metodológica pareceu-nos o caminho mais adequado.

A pesquisa metodológica envolve investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de instrumentos, técnicas ou métodos de pesquisa ou de prática. Portanto, o objetivo da pesquisa metodológica é desenvolver um instrumento efetivo e fidedigno que possa ser utilizado por outros (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; POLIT; BECK, 2011; POLIT; BECK, 2004). Nossa proposta restringiu-se ao desenvolvimento do modelo, com a intenção de, posteriormente, submetê-lo a diferentes processos de validação.

Este texto tem como **objetivo** descrever o processo metodológico de construção de um Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas.

CAMINHO PERCORRIDO PARA A CONSTRUÇÃO DO MODELO

O percurso utilizado para o desenvolvimento do estudo metodológico que gerou o “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas” seguiu o processo de raciocínio lógico dedutivo-indutivo (BISHOP, 2002; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001) em quatro momentos que passamos a descrever.

O **primeiro momento** foi o de definição conceitual para a composição de uma Base teórica para o Modelo. Para isso, buscamos conceitos provenientes do referencial teórico do grupo de pesquisa NUCRON, que expressam como esse grupo pensa a enfermagem e o cuidado às pessoas em condição crônica, e que foram elaborados a partir de reflexões e resultados de pesquisas que esse grupo vem desenvolvendo ao longo dos últimos 28 anos de investigação. São eles: Ser humano/pessoa; Processo saúde-doença; Condição crônica; Promoção da saúde; Cuidado em saúde: interdisciplinaridade; integralidade; humanização; Cuidado em enfermagem: dimensão clínica; dimensão educativa; e dimensão gerencial. Esses conceitos foram ajustados às pessoas com DM e incluída a concepção de “cuidado centrado na pessoa e na família”, considerando que a mesma traria contribuições para as ações do cuidado de enfermagem às pessoas que vivenciam a cronicidade. Esses conceitos foram revisados pelos integrantes do NUCRON e passaram a integrar o Modelo denominado de Subsídios Teóricos, formando parte da Base Teórica.

O **segundo momento** foi de busca por Subsídios Científicos e Contextuais-empíricos. Essa busca foi orientada por questões que consideramos essenciais na composição do Modelo. Questionamos: “Quais são os cuidados de enfermagem necessários às pessoas com DM hospitalizadas?”, “Quem são as pessoas com DM hospitalizadas?”, “O que pensam as pessoas com DM que estão hospitalizadas sobre os cuidados que recebem e quais são suas expectativas?” e “O que pensam os enfermeiros sobre os cuidados necessários às pessoas com DM hospitalizadas?”.

Essas questões nos pareceram adequadas por abranger o perfil das pessoas a quem se destina o Modelo, considerando seus pontos de vista quanto à atenção em saúde recebida no ambiente hospitalar e por levar em conta os diferentes pontos de vista dos enfermeiros que possuem experiência prática referente aos cuidados com as pessoas com DM hospitalizadas. Dessa forma, associa esses conhecimentos às informações provenientes da literatura científica, oferecendo, então, embasamento científico-contextual-empírico para o Modelo.

Diante disso, elencamos quatro fontes de informações que poderiam nos trazer estas respostas, denominadas de Subsídios-base: 1) Revisão de Literatura e Diretrizes das sociedades científicas; 2) Perfil das pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas; 3) Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização; e 4) Percepção das enfermeiras sobre o cuidado às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas.

Cada Subsídio-base apresentou uma colaboração específica que justificou sua função para a construção do Modelo:

1) Revisão de Literatura e Diretrizes das sociedades científicas: a revisão da literatura foi o passo inicial e fundamental, pois auxiliou no reconhecimento do estado da arte sobre o tema abordado e ofereceu amparo à fundamentação científica para a construção do Modelo, provendo recursos teórico-técnicos e/ou indicativos para a melhoria da prática assistencial de saúde e enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar. As diretrizes clínicas específicas ao tema também tiveram função fundamental como guias da prática clínica pautada em práticas baseadas em evidências referentes ao manejo clínico e cuidados peculiares voltados à condição de saúde específica do DM, complementando a revisão de literatura. A revisão de literatura e as diretrizes trouxeram-nos subsídios consistentes para responder à pergunta: “quais são os cuidados de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas?”.

2) Perfil das pessoas com DM hospitalizadas: consideramos de extrema importância para o desenvolvimento do Modelo o conhecimento das principais características das pessoas com DM hospitalizadas, para termos uma noção mais específica acerca de quem são essas pessoas, conformando seu perfil. Ao obter informações que incluíram dados sociodemográficos e clínicos das pessoas com DM hospitalizadas, foi possível uma maior aproximação em relação às reais necessidades de cuidados desta população. Por exemplo, saber que nessa população houve o predomínio de pessoas idosas, com comorbidades associadas, controle glicêmico inadequado e alta prevalência de lesões ou amputações de membros inferiores, fez-nos ressaltar no Modelo ações mais enfáticas abordando esses problemas, sem deixar de tomar atenção com outros aspectos da cronicidade que apesar de não serem predominantes, também foram considerados importantes. Assim, pesquisar acerca do Perfil das pessoas com DM hospitalizadas trouxe-nos respostas para a pergunta “quem são as pessoas com DM hospitalizadas?”.

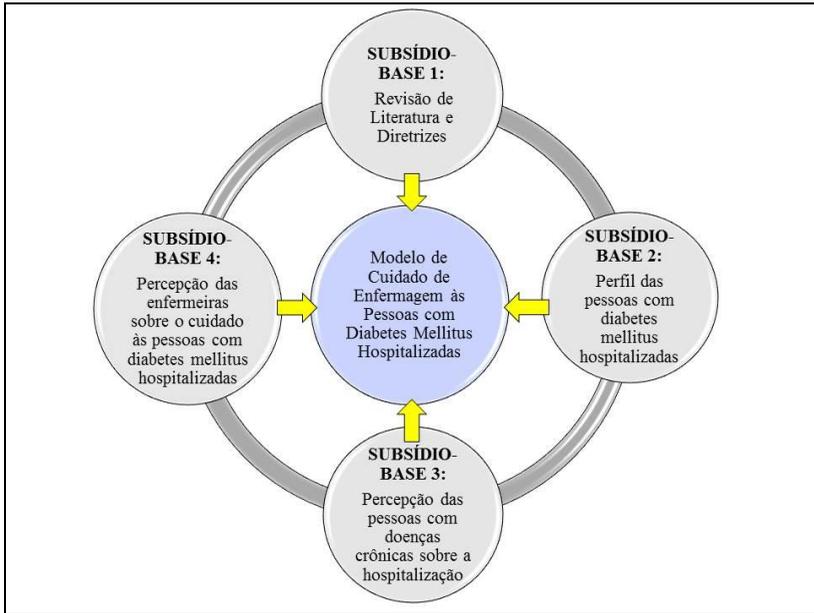
3) Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização: diante da intenção de construção de um Modelo de Cuidado de Enfermagem a uma população específica, julgamos importante dar voz e considerar as opiniões desse determinado público abordando seus sentimentos e expectativas sobre a experiência da hospitalização, também almejando complementar as informações sociodemográficas e clínicas encontradas, somando informações que contribuíssem para a apreensão das necessidades de cuidado das pessoas

com DM que vivenciam a hospitalização. Dessa forma, ao buscar a percepção das pessoas com doenças crônicas, conseguimos respostas ao questionamento “o que pensam as pessoas com DM sobre a hospitalização?”.

4) Percepção das enfermeiras sobre o cuidado às pessoas com DM hospitalizadas: consideramos que ouvir os profissionais diretamente responsáveis pelas ações/práticas de cuidado das pessoas com DM no ambiente hospitalar poderia nos trazer um elenco de aspectos a serem destacados ou aprimorados de acordo com a realidade vivida e refletida. Com a intenção de construir um Modelo de forma horizontal e não o instituir verticalmente, numa perspectiva colaborativa e integrativa, portanto, obtivemos a percepção de enfermeiras, valorizando seus pontos de vista acerca dos aspectos a serem mantidos ou aprimorados no cuidado de enfermagem hospitalar a essa população. Assim, obtivemos direções factíveis à prática assistencial de uma determinada realidade hospitalar brasileira e que se assemelha a tantas outras. Essa investigação esclareceu-nos sobre “o que pensam os enfermeiros sobre os cuidados necessários às pessoas com DM hospitalizadas?”.

Este processo de composição dos subsídios-base está representado esquematicamente na Figura 1.

Figura 1 - Subsídios-Base para a construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.



O **terceiro momento** incluiu a organização/sistematização e análise dos dados. Assim, cada um dos subsídios passou por duas etapas: a primeira de coleta de dados e a segunda de análise dos dados, seguindo alguns passos:

1ª etapa: Coleta de dados

Passo 1) Coleta dos dados.

Passo 2) Organização dos dados.

2ª etapa: Análise dos dados

Passo 1) Análise Convencional dos Dados.

Passo 2) Elaboração de achados preliminares.

Passo 3) Análise Dirigida dos dados.

Passo 4) Emergência dos Subsídios Científicos e Contextuais-empíricos organizados em categorias: Dimensão Clínica, Dimensão educativa e Dimensão Gerencial do cuidado de enfermagem.

Em seguida, apresentamos a descrição detalhada envolvida em cada Etapa.

Subsídio-Base 1) Revisão da Literatura e Diretrizes

1ª etapa: Coleta de Dados

- Revisão da Literatura

Ocorreu entre março de 2013 e dezembro de 2014. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Os descritores utilizados e seus correspondentes em inglês e espanhol foram: hospitalização ou internação hospitalar/*hospitalization/hospitalización*; diabetes mellitus; cuidados de enfermagem ou assistência de enfermagem ou atendimento de enfermagem/*nursing care, atención de enfermería*. Foram selecionados os trabalhos completos, publicados entre 2008 e 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram incluídos os artigos que ofereciam indicações de melhorias para a prática de enfermagem nos cenários hospitalares e ambulatoriais, por estarem, geralmente, esses dois cenários vinculados. Foram excluídos os artigos que tratavam do cenário da atenção básica/primária ou que fugiram à temática pesquisada. Ao todo, foram examinados 65 artigos.

- Diretrizes Nacionais e Internacionais

As fontes dessas informações foram as entidades científicas que publicaram as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014) e Diretrizes da *American Diabetes Association* (2013-2015). Esses documentos foram escolhidos por possuírem qualidade e confiança reconhecidas nacional e internacionalmente e, especialmente, por desenvolverem essas diretrizes pautadas em estudos com práticas baseadas em evidências científicas. Esses dois documentos foram obtidos gratuitamente via internet.

2ª etapa: Análise dos Dados

Primeira Análise: Análise de conteúdo convencional dos dados

Os 65 artigos foram lidos na íntegra. O conjunto de informações resultantes da revisão de literatura foi organizado em um quadro contendo as seguintes informações: título, revista, autores, objetivo, tipo de estudo, local do estudo, indicações para a prática e ano de publicação. Em seguida, foi realizada a leitura e releitura atenta dos dados do quadro e, através de análise de conteúdo convencional, elaboramos um resumo, denominado Texto-Síntese 1, contemplando todas as

indicações/orientações que visavam à melhoria da prática assistencial às pessoas com DM hospitalizadas.

Em relação ao conteúdo dos documentos das Diretrizes, considerando a extensão, complexidade e não especificidade para a enfermagem, foi realizada a leitura e releitura atenta dos documentos na íntegra e, através de análise de conteúdo convencional, foram selecionados os tópicos relevantes para a prática clínica e que poderiam contribuir com indicações/orientações para a prática do cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas. Esses tópicos foram registrados de forma descritiva e sintetizada, denominado Texto-Síntese 2.

Considerou-se, portanto, que os dois Textos-Síntese resultantes da análise convencional do conteúdo da Revisão da Literatura e das Diretrizes Nacionais e Internacionais corresponderam aos “Achados Preliminares” dessa Primeira Análise.

Segunda Análise: Análise de conteúdo dirigida

Foi realizada a análise de conteúdo dirigida dos Textos-Síntese 1 e 2, tendo como referência as categorias definidas da: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial do Cuidado de Enfermagem. Através de leitura linear e transversal, seguida de reflexão e abstração dos conteúdos dos Textos-Síntese 1 e 2, originaram-se os “Subsídios Científicos”, que foram organizados de acordo com as categorias citadas.

Subsídio-Base 2) Perfil de Pessoas com DM Hospitalizadas

1ª etapa: Coleta de Dados

Foi desenvolvido um estudo intitulado “Perfil de pessoas com DM hospitalizadas”, do tipo quantitativo, descritivo, retrospectivo. O objetivo foi traçar o perfil das pessoas com DM hospitalizadas. O estudo descreveu os aspectos sociodemográficos, características clínicas e principais causas da hospitalização de pessoas com DM internadas em um hospital geral público do Sul do Brasil, no período de 01 janeiro a 31 de dezembro de 2012, em Unidades de Internação Adulta de Clínica Médico-Cirúrgica, Emergência ou Unidade de Terapia Intensiva. A coleta de dados foi realizada durante o ano de 2013 pela pesquisadora principal e uma assistente voluntária treinada. O instrumento de coleta de dados foi um Formulário Estruturado contendo variáveis que visava: 1) Identificar aspectos sociodemográficos, como sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade, atividade profissional e religião;

e 2) Características clínicas, como causa da internação hospitalar, tempo de hospitalização, comorbidades, presença de lesões de membros inferiores ou amputações e valores glicêmicos.

Foram coletados dados de 175 prontuários, após a autorização formal da Direção do Hospital para o acesso livre aos prontuários e aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos, sob Parecer número 507.326. As informações contidas nos Formulários Estruturados foram codificadas numericamente (por exemplo, NÃO = 0, SIM = 1, IGNORADO = 9), visando padronizar as respostas e facilitar o processo de análise estatística. Todas as informações codificadas foram organizadas e digitadas em uma planilha do Microsoft Exel e foi realizada a estatística simples com auxílio do software SPSS.

2ª etapa: Análise dos Dados

Primeira Análise: Análise de conteúdo convencional

Com a leitura atenta da planilha Microsoft Exel e dos resultados da análise estatística simples foram destacadas as características sociodemográficas e clínicas das pessoas que julgamos necessário conhecer e valorizar para a prática de excelência do cuidado em saúde e enfermagem. Assim, foi elaborado um texto-síntese com as informações encontradas, denominado Texto-Síntese 3.

Considerou-se, portanto, que o Texto-Síntese 3, resultante da análise convencional do conteúdo da planilha Microsoft Exel e dos resultados da análise estatística descritiva simples, correspondeu aos “Achados Preliminares” dessa Primeira Análise.

Segunda Análise: Análise de conteúdo dirigida

Foi realizada a análise de conteúdo dirigida do Texto-Síntese 3, tendo as seguintes categorias pré-definidas: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial do Cuidado de Enfermagem. Através de leitura linear e transversal, seguida de reflexão e abstração do conteúdo, originaram-se os “Subsídios Contextuais-empíricos”, que foram organizados de acordo com as categorias citadas.

Subsídio-Base 3: Percepção de Pessoas com Doenças Crônicas sobre a Hospitalização

1ª etapa: Coleta de Dados

Os dados utilizados como Subsídio-base 3 são dados secundários, pois foram provenientes de uma pesquisa qualitativa desenvolvida em 2013 por integrantes do NUCRON (MARTINS, RODRIGUES, 2013),

intitulada “A percepção de pessoas com condição crônica de saúde acerca da sua internação hospitalar”, no âmbito de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem da UFSC e que foi orientada pela prof. Denise Guerreiro Vieira da Silva. Esse trabalho encontra-se em domínio público através do arsenal da biblioteca universitária da UFSC, não sendo, portanto, necessária a autorização formal das autoras para o uso de seu conteúdo.

No TCC foram consideradas as percepções referentes ao processo de hospitalização das pessoas adultas com doenças crônicas, internadas nas Unidades de Clínica Médico-Cirúrgica de um hospital geral público localizado no Sul do Brasil, e os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas. Os dados de nosso interesse para a construção do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas foram os “Resultados” e a “Discussão”. Esses conteúdos foram inseridos na íntegra em um quadro com margem lateral para a posterior análise e anotação de ideias para o Modelo de Cuidados de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas.

2ª etapa: Análise dos Dados

Primeira Análise: Análise de conteúdo convencional

Os conteúdos “Resultados” e “Discussão” da pesquisa referida foram analisados qualitativamente através da análise de conteúdo convencional sob a luz das seguintes questões: quais foram os motivos/fatores que contribuíram para a internação hospitalar? Quais são os sentimentos das pessoas com doenças crônicas em relação à internação hospitalar? Quais são suas expectativas em relação à internação hospitalar?

Assim, foi dado destaque às opiniões expressas pelos sujeitos, buscando “ideias para o Modelo de Cuidados de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas”, sendo que obtivemos o total de 41 sentenças afirmativas, que foram consideradas como “Achados Preliminares” dessa etapa.

Segunda Análise: Análise de conteúdo dirigida

Foi realizada a análise de conteúdo dirigida das 41 sentenças, considerando as categorias pré-definidas: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial do Cuidado de Enfermagem. Através de leitura linear e transversal, seguida de reflexão e abstração do

conteúdo, originaram-se os “Subsídios Contextuais-empíricos”, que foram organizados de acordo com as categorias citadas.

Subsídio-Base 4: Percepção de Enfermeiras sobre o Cuidado às Pessoas com DM Hospitalizadas

1ª etapa: Coleta de Dados

O Subsídio-base 4 foi desenvolvido pela pesquisadora principal, através de uma pesquisa do tipo qualitativa-exploratório-descritiva, cujo objetivo foi conhecer as percepções das enfermeiras acerca dos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas.

A coleta de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2014 através de entrevistas com roteiro semiestruturado, com 12 enfermeiras que atuavam em Unidades de Internação Médico-Cirúrgica para adultos e uma enfermeira do Ambulatório de Endocrinologia de um hospital geral público do Sul do Brasil, em local e horário escolhido pelas entrevistadas, sendo geralmente em sala reservada no próprio hospital e após o horário de trabalho.

A escolha das participantes foi intencional, buscando as percepções de enfermeiras que trabalhassem nos três diferentes turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), há mais de um ano, e que atuassem em uma das quatro diferentes Unidades de Internação Adulto do referido hospital, resultando em: três enfermeiras representantes da Unidade de Internação de Clínica Médica 1; três enfermeiras representantes da Unidade de Internação de Clínica Médica 2; três enfermeiras representantes da Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica 1; três enfermeiras representantes da Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica 2; além de uma enfermeira representante do setor ambulatorial, que fazia parte daquela estrutura hospitalar, totalizando 13 entrevistas. A coleta encerrou-se com a saturação dos dados obtidos.

As entrevistas exploraram questões a respeito de como vinha sendo desenvolvido o cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas e estimulou a criatividade das enfermeiras na busca de melhorias para a prática, visando ao “como deveria ser o cuidado ideal” de enfermagem a essas pessoas. As participantes autorizaram a gravação das entrevistas em aparelho eletrônico. Princípios éticos foram respeitados e houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal. Essa pesquisa foi aprovada pelo CEP, sob o Parecer número 710.731.

2ª etapa: Análise dos Dados

Primeira Análise: Análise de conteúdo convencional

O conteúdo das entrevistas foi lido e analisado qualitativamente através da análise de conteúdo convencional, com destaque às expressões ou ideias referenciadas pelos sujeitos que indicassem as percepções das enfermeiras acerca das necessidades de cuidados às pessoas com DM hospitalizadas, cuidados adequados que deveriam ser mantidos e levantamento de sugestões para aprimorar os cuidados que julgavam inadequados ou inexistentes.

Os critérios para identificar as sugestões foram: colocações que indicavam o que era adequado ou como imaginavam que deveria ser (o ideal). Assim, obtivemos o total de 631 sugestões acerca de diferentes aspectos inseridos nos cuidados às pessoas com DM no ambiente hospitalar, incluindo nesse total as sugestões que aparecerão repetidas na entrevista e também as sugestões que se repetiram entre entrevistas diferentes, reforçando sua importância e/ou necessidade. Essas 631 sugestões foram consideradas como os “Achados Preliminares” dessa etapa.

Segunda Análise: Análise de conteúdo dirigida

Devido ao montante extenso de informações, o conteúdo com as 631 sugestões foi inserido no software *Atlas.ti* para a organização e auxílio no processo analítico. Foi realizada a análise dirigida desse conteúdo considerando as categorias pré-definidas: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial do Cuidado de Enfermagem. Através de leitura linear e transversal, seguida de reflexão e abstração do conteúdo, originaram-se os “Subsídios Contextuais-empíricos” que foram organizados de acordo com as categorias citadas.

Esses “Subsídios Contextuais-empíricos” formaram parte da BASE TEÓRICA do Modelo e proporcionaram embasamento teórico-contextual-empírico para o desenvolvimento da BASE OPERACIONAL.

O **quarto momento** consistiu na interpretação e integração dos dados para a composição da Base Operacional do Modelo. Com os Subsídios Teóricos (conceitos) e os Subsídios Científicos e Contextuais-empíricos que constituíram a Base Teórica do Modelo foi realizada a leitura transversal do material, convergindo para uma noção ampliada de todo o conteúdo da Base Teórica, formado não somente pela junção das

partes, mas, sim, pela integração e inter-relação complexa existente entre essas partes.

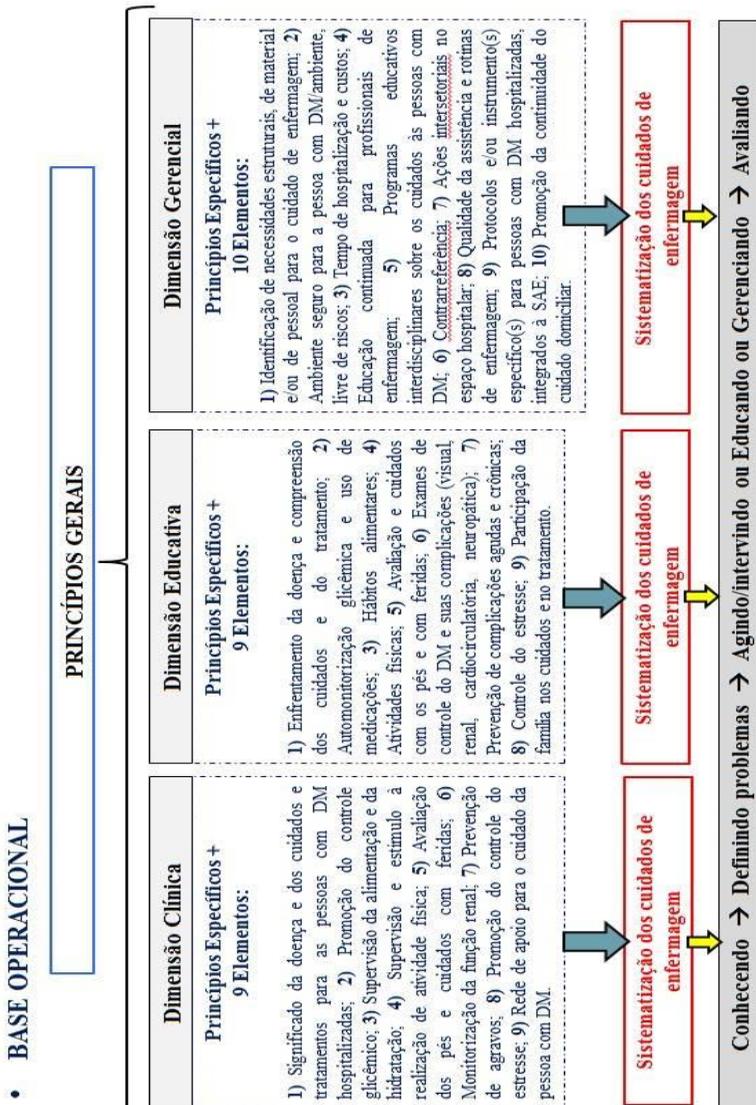
A partir dessa compreensão, foi formada a Base Operacional do Modelo, estruturada nas três dimensões do cuidar em enfermagem: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial. Seis Princípios Gerais foram elaborados a partir da interpretação dos subsídios, destacando aspectos abrangentes relacionados às pessoas com DM, ao ambiente hospitalar e à equipe de enfermagem bem integrada aos demais profissionais de saúde, contemplando de forma transversal as três Dimensões do cuidado. Esses princípios enfatizam: o reconhecimento da cronicidade como um componente do cuidado de enfermagem; a hospitalização como espaço propício para a potencialização da adesão aos cuidados e para a educação em saúde; a individualização e flexibilidade dos tratamentos e cuidados de acordo com a condição de vida e saúde de cada pessoa; a atuação interdisciplinar; e a integralidade da atenção à saúde.

Mantendo o processo interpretativo dos dados, criamos para cada Dimensão alguns Princípios Específicos para o cuidado de enfermagem, sendo: Dimensão Clínica com quatro princípios específicos; Dimensão Educativa com seis princípios específicos; e Dimensão Gerencial com cinco princípios específicos.

Foi realizada a leitura atenta e a interpretação de cada item dos Subsídios Científicos e Contextuais-empíricos, associando a ele um termo ou expressão que significasse um importante Elemento para o cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas. No decorrer da leitura, os Elementos foram aparecendo repetidas vezes, reforçando sua importância em fazer parte do Modelo, indicando que ele, essencialmente, deveria estar presente nos cuidados de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar, visando a contemplar a assistência em saúde integral, interdisciplinar, humanizada e com valorização da abordagem do cuidado centrado no ser humano/pessoa com DM e sua família e promoção da saúde, conforme almejado pelo objetivo do Modelo.

Dessa forma, emergiram 28 Elementos componentes da Base Operacional do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM Hospitalizadas, assim organizados: nove Elementos na Dimensão Clínica; nove Elementos na Dimensão Educativa e 10 Elementos na Dimensão Gerencial. O significado de cada um desses Elementos foi descrito elucidando a definição da sua expressão no intuito de atingir a compreensão plena pelo leitor. Para ilustrar, a Figura 02 apresenta a ilustração didática da Base Operacional..

Figura 2 – Representação esquemática da Base Operacional do Modelo



A partir dos Elementos e suas descrições, buscamos o raciocínio acerca de “como desenvolver a sistematização do cuidado de enfermagem na dimensão clínica/ou educativa/ou gerencial do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas”? Como resposta, para cada Elemento construíram-se ações de enfermagem a serem desenvolvidas, organizadas em: Conhecendo, Definindo problemas, Agindo/intervindo ou Educando ou Gerenciando e Avaliando. Cada passo desse processo foi descrito detalhadamente, visando a operacionalizar a prática de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, destacando a flexibilidade ou adaptabilidade dessas ações de acordo com cada contexto, realidade ou recursos disponíveis na rede de saúde.

Por fim, após desenvolver a Base Teórica e a Base Operacional do Modelo, foi criada a representação gráfica do Modelo, corroborando com Rocha, Prado e Silva (2012) ao mencionar que o modelo de cuidado de enfermagem pode incluir a proposição de um processo de cuidar que é representado por modelos esquemáticos, utilizando caixas de texto, figuras geométricas e outros símbolos. A representação gráfica será apresentada a seguir, juntamente com o Modelo.

O MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS⁸

Apresentamos, de forma breve, o modelo desenvolvido. O “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas” tem como objetivo orientar o cuidado de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar, tendo como referência o cuidado integral, interdisciplinar, humanizado e com valorização da abordagem centrada na pessoa com DM e sua família, pautado em subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos, associados a ações operacionais visando à promoção da saúde de pessoas com DM.

Foi desenvolvido sob o prisma da cronicidade no ambiente hospitalar e está composto por duas bases interligadas: a Base Teórica e a Base Operacional. A Base Teórica dá sustentação ao modelo e foi composta a partir de subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos que oferecem embasamento para o pensar, o refletir e o agir

⁸ Fruto da tese de doutorado intitulada “Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas”, desenvolvida no curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 2012 a 2015, realizada pelas autoras deste artigo.

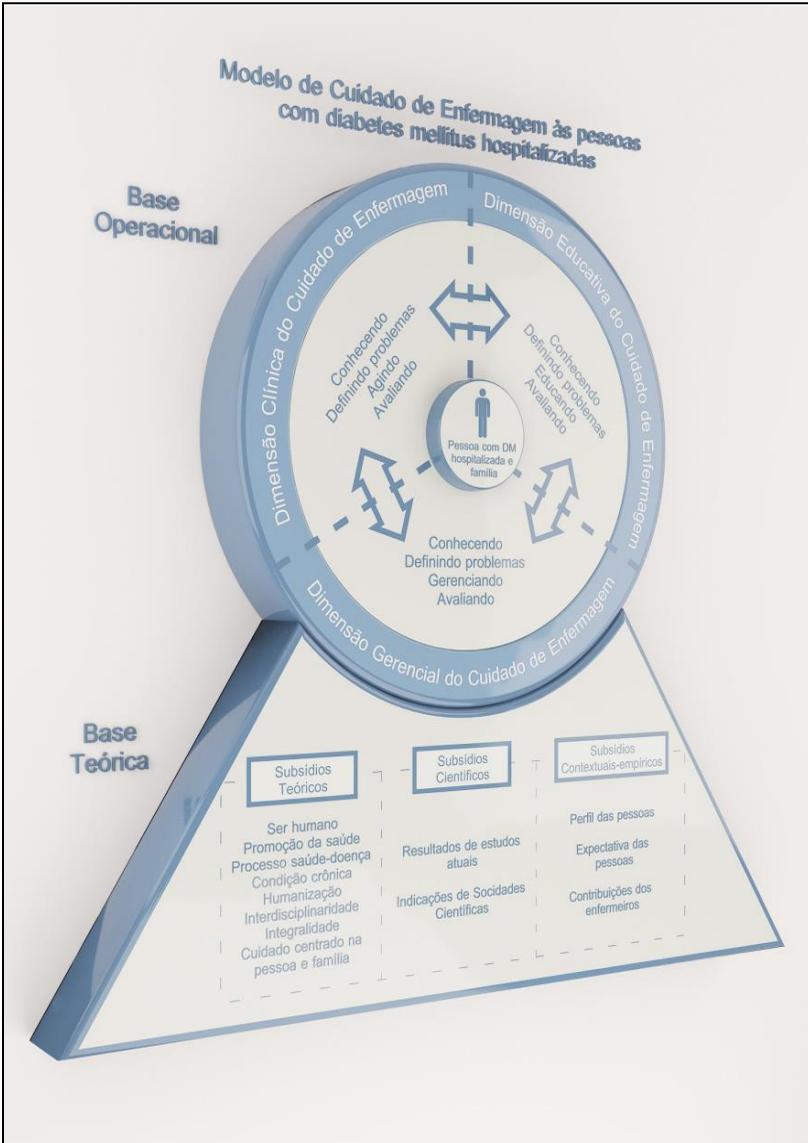
nos cuidados às pessoas com DM no cenário hospitalar, decorrente do (re)conhecimento da necessidade de ter uma fundamentação consistente para o cuidado em enfermagem.

A Base Operacional corresponde à maneira como o cuidado às pessoas com DM hospitalizadas deve ser desenvolvido, tendo como referência a Base Teórica. Está estruturada didaticamente em três dimensões do cuidar em enfermagem: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial. Possui seis Princípios Gerais que orientam de forma transversal essas três dimensões. Cada uma das Dimensões do cuidado de enfermagem tem seus Princípios Específicos e Elementos que a compõem e seus significados, de forma a orientar as Ações de Enfermagem a serem desenvolvidas, organizadas em: Conhecendo, Definindo problemas, Agindo/intervindo e Avaliando.

Na concepção gráfica-esquemática do Modelo, a Base Teórica está representada por um trapézio, que significa, metaforicamente, uma estrutura firme/consistente e está composta por subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos, inter-relacionados, formando o embasamento teórico para sustentar os pensamentos, as reflexões e as ações do cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas a serem desenvolvidos na Base Operacional. A operacionalização do Modelo está apresentada na Base Operacional, representada por um círculo azul – que é o símbolo universal do diabetes mellitus. No centro desse círculo está a pessoa com DM, mostrando que ela é o ponto de partida e ícone principal da atenção em saúde a ser desenvolvida, incluindo também seus familiares/cuidadores e também configurando o contexto em que ela está inserida e o contexto da rede de serviços de saúde. Nesse círculo estão as três dimensões do cuidado de enfermagem: Clínico, Educacional e Gerencial, articulados de forma a se desenvolverem contínua e dinamicamente no trabalho da enfermagem. Consta, em cada uma dessas dimensões, os passos para o processo de cuidado.

A ilustração abaixo representa o “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas” (Figura 1) no intuito de favorecer a compreensão das suas estruturas e inter-relações.

Figura 3 - Representação gráfica-esquemática do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas.



REFLEXÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DE MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

A construção de um modelo de cuidado é um processo complexo que envolve inúmeras decisões acerca do caminho a ser tomado. As escolhas foram, em alguns momentos, intuitivas, porém na maioria desses momentos, as decisões foram orientadas por princípios científicos e decorrentes da análise de bases empíricas. Requer envolvimento prévio com a temática, ou seja, ter vivenciado o cuidado às pessoas para poder compreender todo o processo do cuidado e poder fazer as escolhas.

A opção por uma pesquisa metodológica pareceu-nos acertada, apesar de ter nos levado por um longo e intrincado caminho, com um volume de dados tal, que, muitas vezes, tínhamos dúvida se iríamos achar o fim do novelo, no emaranhado de informações. No entanto, a consistência da base teórica foi essencial para sustentar as escolhas dos cuidados necessários.

A seleção dos Subsídios-base para alimentar o desenvolvimento do Modelo de Cuidado de Enfermagem deve ser uma construção lógica e estar diretamente ligada à finalidade do modelo, buscando-se criar dados consistentes e integrados acerca de cada aspecto intrínseco ao Modelo de Cuidado de Enfermagem.

A revisão da literatura, como o passo inicial e fundamental para o reconhecimento do estado da arte sobre o tema a ser abordado, visando a ter uma fundamentação científica atualizada e que dê conta de incluir o que vem sendo produzido nas investigações na área, contribui para prover os recursos teórico-técnicos e/ou indicativos para a melhoria da prática assistencial de saúde e enfermagem. As diretrizes clínicas das principais sociedades que são especialistas na temática dão consistência e segurança às escolhas, especialmente para o manejo clínico e para cuidados peculiares voltados à condição de saúde e cenário específicos.

Entendemos que estudos descritivos sobre o perfil de determinadas populações são importantes para comparar as características dessas pessoas com o restante da população e, ainda, no sentido de ter uma visão mais global do público a quem se destina o Modelo, buscando oferecer serviços e ações de cuidado que atendam às suas necessidades.

Julgamos essencial que o pesquisador considere não somente as características sociodemográficas e clínicas, como também as opiniões desse determinado público, almejando, assim, que o Modelo de Cuidado de Enfermagem responda às reais exigências de cuidado dessa

população específica. Acreditamos na importância de ouvir e considerar tudo aquilo que a pessoa sugere, colocando-a como membro integrante do processo de construção do Modelo e de aperfeiçoamento do cuidado profissional voltado às condições crônicas de saúde.

Na construção de qualquer Modelo de Cuidado de Enfermagem, consideramos que é igualmente importante “ouvir a percepção das pessoas em condição crônica” e o “ouvir os profissionais responsáveis pelas ações/práticas de saúde a essas pessoas”. Sob uma perspectiva colaborativa e integrativa, consideramos que os enfermeiros são agentes fundamentais na elaboração de ideias e estratégias factíveis para a composição de Modelos de Cuidado de Enfermagem. Esses profissionais podem refletir sobre a realidade vivenciada, discutir facilidades e dificuldades do contexto hospitalar gerencial e assistencial, e elencar os aspectos a serem aprimorados, oferecendo direções para que o constructo Modelo de Cuidado de Enfermagem possa ter essa vinculação mais direta à prática assistencial.

A definição dos conceitos que dão sustentação ao modelo foi-nos favorecida por estarmos em um grupo de pesquisa que já vinha discutindo tais conceitos há muito tempo. Foi necessário o envolvimento dos integrantes desse grupo (cerca de 20 pessoas) para uma atualização do assunto, tendo em vista os resultados das pesquisas mais recentes e as reflexões que o grupo vem fazendo sobre a atenção às pessoas em condição crônica.

A representação gráfica do Modelo de Cuidado de Enfermagem ilustra visualmente os aspectos teóricos, científicos e contextuais envolvidos com o tema do estudo, favorecendo a sua compreensão ampliada e dando destaque aos componentes principais abordados no Modelo.

Independente do método ou tipo de estudo utilizado para a construção de um modelo de cuidado de enfermagem, o rigor científico deve ser destacado. No caso do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas, que utilizou a pesquisa metodológica para atingir o seu desenvolvimento, o rigor transpareceu na riqueza da descrição do raciocínio lógico envolvido e em cada etapa desenvolvida, pelo uso de fontes de informações consistentes, bem como pelo cumprimento dos preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos.

As decisões nem sempre foram lineares. Muitos retrocessos precisaram ser feitos, como o processo de análise dos dados. A realização de uma segunda análise dirigida, só ocorreu após termos avançado na definição do modelo e identificado que os cuidados

clínicos, educativos e gerenciais seriam uma orientação para organizar o cuidado. Talvez, se essa definição fosse anterior, poderíamos de “pulado” a análise de conteúdo convencional.

Esse estudo poderá contribuir como estímulo e orientação para a construção de outros Modelos de Cuidado de Enfermagem, aspirando à reorganização e gerenciamento de condições crônicas de saúde, com vistas ao aperfeiçoamento da assistência de enfermagem e otimização dos recursos disponíveis na rede de saúde.

REFERÊNCIAS

BISHOP, S.M. Logical Resoning. In: Tomey, A. Nursing theorists & their work, 4th. Elsevier, 2002. p. 42-49.

CARRARO, T.E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. (Orgs.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática.** Goiânia: AB, 2001. p. 05-15.

FERTONANI, H.P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança:** o que dizem os usuários da atenção básica. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2010. 235 p.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

KECK, J.F. Terminología del Desarrollo de la Teoría. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. (Orgs.). **Modelos y Teorías en Enfermería.** Madrid: Harcourt, 2000. p. 16-24.

KEMPFER, S.S. et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 562-566, set. 2010.

KIRCHHOF, A.L.C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: methods, critical appraisal and utilization**. 3. ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 1994.

LUCENA, A.F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 40, n. 2 jun. 2006.

MARTINS, L. RODRIGUES, M.M. **A percepção de pessoas com condição crônica de saúde acerca da sua internação hospitalar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Programa de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2013. 55p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

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

_____. **Nursing Research**. Principles and Methods. 7. ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLE, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

ROCHA, P.K.; PRADO, M. L. Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? **Index Enferm**. Granada, v. 17, n. 2, p. 128-132, 2008.

ROCHA, P.K.; PRADO, M. L.; SILVA, D.M.G.V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1019-1025, nov./dez. 2012.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Eff Clin Pract.**, Philadelphia, v. 1, n. 1, ago./set. 1998.

WAGNER, E.H. et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Aff.**, Millwood VA, v. 20, n. 6, nov./dez. 2001.

6.4 ARTIGO 3 - MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADAS⁹

Cecilia Arruda
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

RESUMO: Objetivou-se apresentar um Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas. Através de uma pesquisa metodológica, desenvolvemos o modelo denominado “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas”, composto por uma Base Teórica que integra subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos, e uma Base Operacional. Esta Base Operacional é orientada por princípios gerais e organizada nas dimensões clínica, educativa e gerencial do cuidado de enfermagem. Cada dimensão possui princípios específicos e elementos para o cuidado e para as ações de enfermagem. O Modelo aborda a cronicidade numa perspectiva ampliada de ações que vão para além dos cuidados às alterações clínicas. Compreendemos a hospitalização como um momento potencializador da adesão aos tratamentos e aos cuidados, quando o hospital e a equipe de saúde estruturam-se como um espaço propício para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Modelo de Cuidado. Modelo de Cuidado de Enfermagem. Diabetes Mellitus. Hospitalização.

ABSTRACT: The aim was to present a Nursing Care Model for People with Diabetes Mellitus in Hospital. Through methodological research the model called “Nursing Care Model for People with Diabetes Mellitus in Hospital” was developed, consisting of a Theoretical Base ,integrating theoretical, scientific-empirical and contextual subsidies and an Operational Base. This Operational Base is guided by general principles and dimensions organized in clinical, educational and management of nursing care. Each dimension has specific principles and elements for the care and nursing actions. The model addresses the chronicity in the actions that go beyond clinical care, in a broader perspective. We recognize that hospitalization is an opportune time for the adherence of treatment and care when the hospital and the health

⁹Este artigo é resultante da tese de doutorado intitulada “Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas”, desenvolvida no curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 2012 a 2015, realizada pelas autoras deste artigo.

team work together as a conducive center which allows for the promotion of health.

Keywords: Nursing Care Model. Nursing Model of Care. Diabetes Mellitus. Hospitalization.

RESUMEN: El objetivo era presentar un Modelo de Atención de Enfermería para Personas hospitalizadas con Diabetes Mellitus. Con una investigación metodológica se desarrolló el "Modelo de Atención de Enfermería para Personas hospitalizadas con Diabetes Mellitus", formado por Base Teórica que integra subsidios teóricos, científicos y contextuales-empíricos, y Base Operacional, guiada por principios generales, organizada en las dimensiones clínica, educativa y gestión de los cuidados de enfermería. Cada dimensión tiene principios específicos y elementos para el cuidado y acciones de enfermería. El Modelo aborda la cronicidad desde una perspectiva más amplia de acciones que van más allá de la atención a las alteraciones clínicas. Comprendemos la hospitalización como un momento potenciador de la adherencia a los tratamientos y cuidados cuando el hospital y el equipo de salud se estructuran como un espacio propicio para la promoción de la salud.

Palabras clave: Enfermería. Modelo de Cuidado, Modelo de Atención de Enfermería. Diabetes Mellitus. Hospitalización.

INTRODUÇÃO

A globalização e a nova era do conhecimento oferecem à Enfermagem um cenário próprio ao desenvolvimento e ao redimensionamento filosófico-teórico-prático, em que emergem inúmeras teorias, pressupostos e modelos para o atendimento ao processo saúde/doença das pessoas (KEMPFER et al., 2010). Ainda hoje, no entanto, os modelos de cuidado de enfermagem não estão bem definidos na literatura e, conseqüentemente, na prática de enfermagem, denotando a necessidade de maior exploração e reflexão sobre seus conceitos e modos de se fazer enfermagem.

Baseadas na literatura acerca de modelos assistenciais de saúde e de modelos de cuidado de enfermagem e associada às próprias experiências práticas assistenciais e a pesquisas, compreendemos os Modelos de Cuidado de Enfermagem como estruturas/instrumentos que orientam o cuidado de enfermagem a populações em cenários específicos. Sua elaboração leva em conta uma construção lógica, sistematizada, ética e arquitetada, com uma estrutura formada por um "referencial teórico ou marco conceitual" e um "método de

operacionalização na prática ou metodologia do cuidado”, de forma a contribuir para a consolidação do corpo de conhecimentos da enfermagem e dos modos de se fazer enfermagem (LUCENA et al., 2006; FERTONANI, 2010; TEIXEIRA, 2000; KEMPFER et al., 2010; KECK, 2000; CARRARO, 2001; ROCHA; PRADO, 2008; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; HARWOOD; DOWNING; RIDLEY, 2013)

Um modelo de cuidado direciona a assistência por meio de embasamento teórico-científico e de sua utilização para a aplicabilidade prática, a fim de melhor organizar o processo de trabalho da enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento da profissão. Um modelo de cuidado deve, também, estar inserido no macro sistema de atenção à saúde vigente, de maneira bem articulada e com objetivos convergentes, visando a potencializar a integralidade da assistência e a melhorar a atenção à saúde, destacando-se a sintonia entre os cuidados desenvolvidos e as necessidades e o contexto das pessoas cuidadas.

Os modelos de cuidado de enfermagem encontram-se abaixo das teorias de enfermagem se comparadas as suas estruturas de conhecimento e seu grau de abstração, e acima dos indicadores empíricos e protocolos, visto que orientam mais do que situações objetivas, numéricas ou muito particulares, pois consideram os diversos aspectos biopsicossociais do processo saúde/doença, a integralidade das pessoas e a integralidade dos serviços do sistema de saúde (ROCHA; PRADO, 2008; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; FAWCETT, 2005).

A discussão sobre como elaborar um modelo de cuidado de enfermagem é escassa na literatura. Segundo Rocha e Prado (2008), o primeiro passo para o desenvolvimento de um modelo de cuidado é a preocupação do pesquisador em relação a um tema a ser desenvolvido, o que pode surgir de sua prática ou do conhecimento prévio sobre o assunto.

Compreendemos que os modelos de cuidado são voltados para situações mais ou menos delimitadas, ou seja, para pessoas em determinadas condições e espaços de saúde. Nesse sentido, o interesse por um modelo de cuidado às pessoas com DM hospitalizadas decorreu da necessidade percebida em nossa prática, uma vez que inexistem modelos de cuidado de enfermagem que possam orientar a assistência voltada a essas pessoas. Reconhecemos diferentes modelos de atenção às pessoas em condições crônicas, e mesmo para pessoas com DM, porém, não focalizam o ambiente hospitalar e/ou a realidade da enfermagem brasileira (WAGNER, 1998; WAGNER et al., 2001; MENDES, 2012; DEPARTMENT OF HEALTH, WESTERN

AUSTRALIA. DIABETES MODEL OF CARE, 2008; LAWRENCE-MURPHY et al., 2000; COMARCK et al, 2007).

É importante destacar que outra motivação para o desenvolvimento deste Modelo é o reconhecimento do crescente número de pessoas com DM e os avanços das complicações decorrentes dessa condição de saúde, o que tem provocado um aumento nas hospitalizações (CDC, 2009; RODRIGUEZ et al., 2014) e nas reinternações de pessoas com DM. Nos Estados Unidos, o DM é a segunda causa de hospitalização (CDC, 2014). Já no Brasil, a taxa de hospitalização por DM, que era de 5,9 em 2002, subiu para 8,4 em 2012 (BRASIL, 2015), aparecendo como sexta indicação de hospitalização e como uma das dez maiores causas de mortalidade no país (BRASIL, 2010).

Essa situação evidencia a necessidade de ações integradas nos diferentes espaços de saúde. O cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar tem se configurado como um cuidado centrado na doença, que nem sempre considera o contexto da pessoa com DM e a sua forma de lidar com esta condição. Reconhecemos que, na hospitalização, é necessário um olhar específico para a condição clínica da pessoa com DM, tanto no intuito de recuperar sua saúde quanto no de prevenir contra novas internações, buscando promover o bem-estar dessas pessoas. É imprescindível, portanto, romper com a lógica do hospital como um espaço exclusivo de cura e reconhecê-lo enquanto copartícipe e corresponsável pelo processo de mudança das condições de vida da população (BONFADA et al., 2012).

Acredita-se que hoje seja possível uma mudança de paradigma em ambientes hospitalares, nos quais predominam a clínica e a técnica. As necessidades atuais das pessoas suscitam um novo olhar e uma nova postura e exigem que outra cultura seja cultivada no interior dos hospitais, cujo foco deve ser a saúde, e não a doença (SILVA et al., 2011). Essas e outras situações que fragilizam a assistência de enfermagem às pessoas com DM no ambiente hospitalar merecem ser analisadas, repensadas e atualizadas, a fim de propor novas formas de cuidar, visando tanto à melhoria da assistência de enfermagem, com avanço na qualidade e na segurança dos cuidados prestados às pessoas, quanto à articulação com os membros da equipe de saúde e com os outros setores da rede de saúde, em busca da superação de uma atenção à saúde fragmentada.

Com base nas problemáticas relatadas e acreditando que é possível inovar na atenção à saúde e, primordialmente, nos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas, propusemo-nos a desenvolver um

modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, articulando concepções de interdisciplinaridade, integralidade e humanização da assistência, com espaço para a promoção da saúde e do cuidado. O modelo proposto tem como foco a pessoa e sua família, visando a contribuir para a superação de uma prática que prioriza somente a doença e sua cura, pois tal concepção não atende às necessidades das pessoas em condição crônica.

Neste artigo, portanto, apresentamos, de forma sintética, o Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO MODELO

Escolhemos o caminho da pesquisa metodológica, uma vez que esse tipo de pesquisa aborda o desenvolvimento, a validação e a avaliação de instrumentos, de técnicas ou de métodos de pesquisa ou de prática. O modelo foi desenvolvido tendo como referência o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) e, mais especialmente, as Unidades de internação médicas e cirúrgicas para pessoas adultas. O objetivo, no entanto, é de que o modelo proposto possa ser utilizado em diferentes instituições hospitalares (públicas, privadas, filantrópicas ou outras), com características, ambientes e público similares.

A construção desse modelo seguiu o processo de raciocínio lógico dedutivo-indutivo (BISHOP, 2002), baseado em cinco Subsídios-base, que originaram elementos para a sua posterior composição. Os cinco Subsídios-base foram: 1) Conceitos do grupo de pesquisa ao qual o projeto está vinculado (NUCRON¹⁰), por expressar a maneira como compreendemos a realidade da atenção à saúde de pessoas em condição crônica; 2) Revisão de Literatura e Diretrizes; 3) Perfil das pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas; 4) Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização; e 5) Percepção das enfermeiras sobre o cuidado às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas. O conjunto de informações provenientes desses Subsídios-base foi analisado e organizado em textos e em tabelas, dando origem aos Subsídios Teóricos, Científicos e Contextuais-empíricos que formaram a **Base Teórica do Modelo**.

¹⁰ Grupo de pesquisa constituído em 1987, vinculado ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A partir de nossa interpretação e de nossa reflexão sobre esses Subsídios, elaboramos os Princípios Gerais, os Princípios Específicos, os Elementos, as Metas e as Ações para o cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, como orientadores da operacionalização prática do cuidado de enfermagem, os quais, integrados compuseram a **Base Operacional do Modelo**.

O desenvolvimento do estudo obedeceu à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2013) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFSC, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional em Saúde, através da Plataforma Brasil.

O MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS

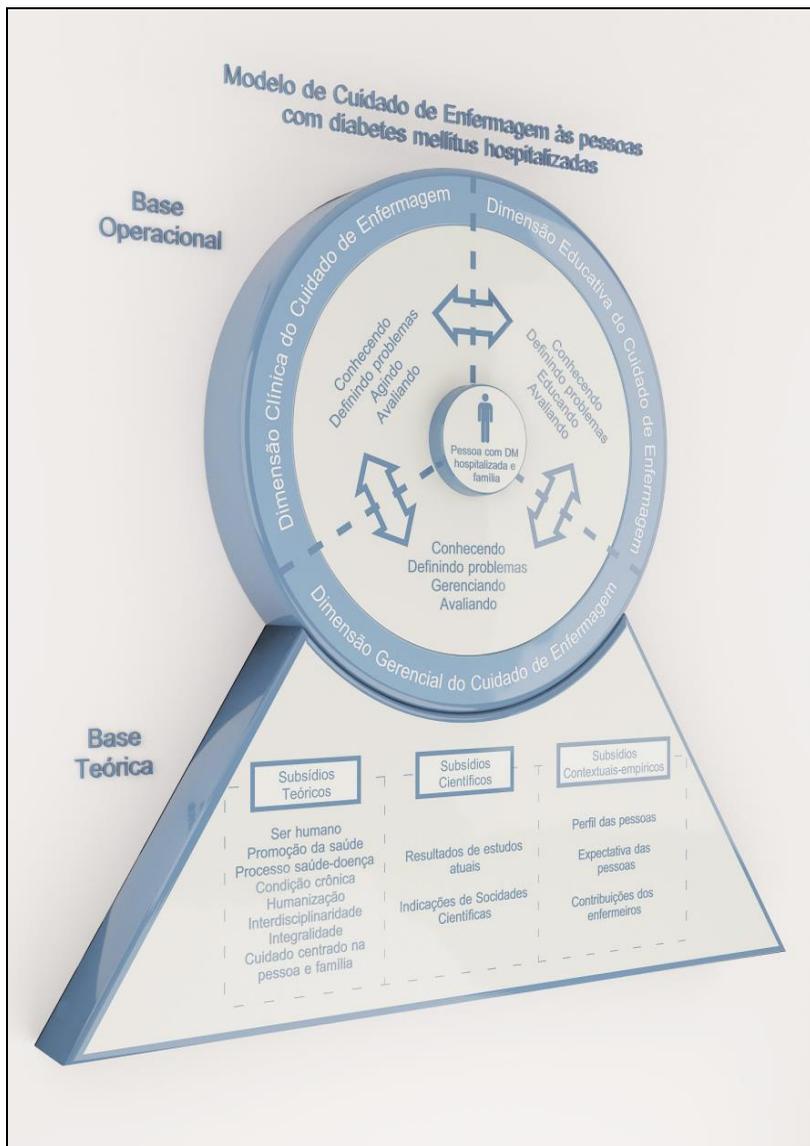
O Modelo desenvolvido tem como objetivo orientar o cuidado de enfermagem às pessoas com DM de forma integral, interdisciplinar, humanizada, valorizando a abordagem do cuidado centrado na pessoa com DM e em sua família, com base em subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos e em ações operacionais, visando à promoção da saúde de pessoas com DM em ambiente hospitalar.

De acordo com o que dizem Rocha e Prado (2008), o Modelo proposto possui duas bases articuladas: a Base Teórica (ou marco conceitual/teórico) e a Base Operacional (ou metodologia do cuidado). Segundo as autoras, a estrutura de um Modelo de Cuidado de Enfermagem deve ser composta por um marco referencial ou um marco teórico que defina as referências teóricas e filosóficas do modelo, e por uma metodologia que descreva o método de como o cuidado deve ser realizado na prática de enfermagem.

O Modelo, em sua representação gráfica, mostra que a Base Operacional está apoiada na Base Teórica, a qual está inserida em um círculo azul – símbolo universal do diabetes mellitus – ilustrando os aspectos envolvidos no cuidado às pessoas que vivenciam a cronicidade do DM no cenário hospitalar. Destaca-se a pessoa com DM no centro do círculo, como ponto de partida e ícone principal da atenção em saúde, incluindo, também, seus familiares/cuidadores. Nesse círculo, estão as três dimensões do cuidado de enfermagem: Clínico, Educacional e Gerencial. Apontamos, ainda, que o círculo que representa a Base Operacional também configura a visão global da pessoa, de sua saúde, de seu contexto e do contexto da rede de serviços de saúde.

A ilustração abaixo representa esquematicamente o “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas” (Figura 1), no intuito de favorecer a compreensão de suas estruturas e inter-relações.

Figura 1 - Representação gráfico-esquemática do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus Hospitalizadas.



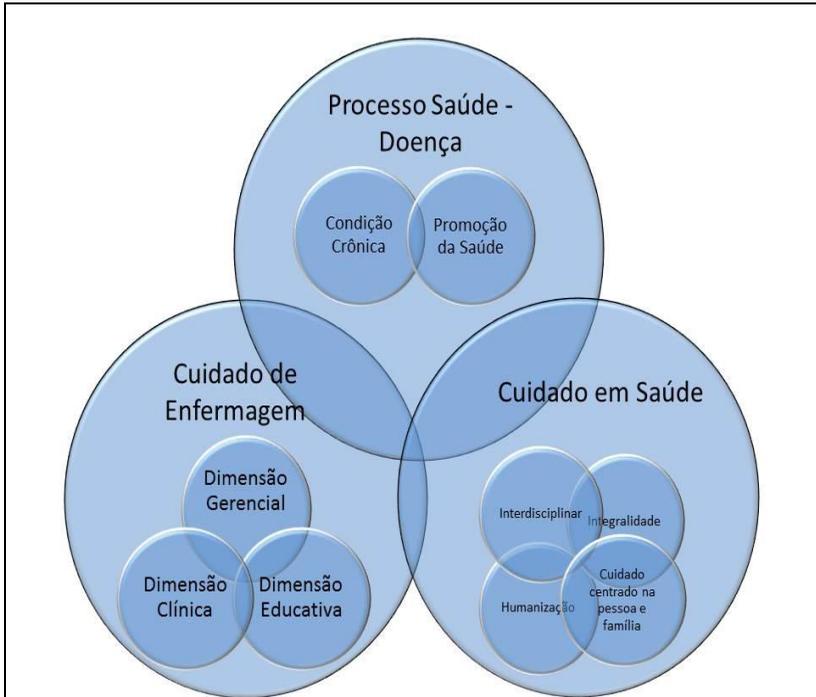
Base Teórica

Os Subsídios Teóricos, Científicos e Contextuais-empíricos componentes da Base Teórica são dinâmicos, ou seja, atualizam-se com a evolução do conhecimento produzido em saúde, podendo ser complementado, modificado ou ajustado ao estado da arte.

Os **Subsídios Teóricos** são formados pelos seguintes conceitos inter-relacionados: a) Ser Humano/Pessoa; b) Pessoa com DM Hospitalizada; c) Processo Saúde/Doença; d) Condição Crônica; e) Promoção da Saúde; f) Cuidado em Saúde: Interdisciplinaridade, Integralidade, Humanização, Cuidado centrado na pessoa e na família; e g) Cuidado em Enfermagem: Dimensão Clínica, Educativa e Gerencial.

Os conceitos componentes do Modelo imprimem a noção de visão ampliada sobre os cuidados com pessoas que vivenciam a cronicidade, enfatizando aos profissionais a importância da articulação de conhecimentos que respaldem suas ações acerca do processo saúde/doença, as dimensões do cuidado de enfermagem e os aspectos do cuidado em saúde. O inter-relacionamento desses conceitos, conforme o compreendemos, pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 - Articulações de conceitos como Subsídios Teóricos da Base Teórica do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.



Os **Subsídios Científicos** incorporam o Modelo, no intuito de subsidiar teórica e cientificamente a tomada de decisão diante dos cuidados às pessoas com DM, buscando oferecer consistência na prática da enfermagem para além das subjetividades envolvidas no ato de cuidar. Correspondem a considerações e a sentenças acerca dos cuidados às pessoas com DM que, necessariamente, os profissionais de saúde e enfermagem precisam conhecer e com as quais devem estar, permanentemente, atualizados, a fim de melhorar sua prática. Foram formuladas a partir de revisão de literatura e de diretrizes de entidades científicas, nacionais e internacionais, *experts* na temática do DM (*American Diabetes Association* e Sociedade Brasileira de Diabetes). Essas entidades científicas foram escolhidas por possuírem qualidade e confiança reconhecidas nacional e internacionalmente e, especialmente,

por desenvolverem as diretrizes pautadas em estudos com práticas baseadas em evidências científicas.

As considerações (tópicos) que abrem as sentenças científicas consideradas como Subsídios Científicos do Modelo estão apresentadas no Quadro 1 e estão didaticamente organizadas nas dimensões do cuidado de enfermagem (Dimensão Clínica, Educativa e Gerencial).

Quadro1 - Subsídios Científicos da Base Teórica do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas.

Subsídios da Revisão de Literatura e Diretrizes - Dimensão Clínica

- Considerações sobre a MONITORIZAÇÃO DOS VALORES GLICÊMICOS.
- Considerações sobre o CONTROLE GLICÊMICO.
- Considerações sobre a HIPERGLICEMIA HOSPITALAR.
- Considerações sobre a HIPOGLICEMIA HOSPITALAR.
- Considerações sobre a TERAPIA MEDICAMENTOSA.
- Considerações sobre a TERAPIA NUTRICIONAL.
- Considerações sobre CUIDADOS COM FERIDAS.
- Considerações sobre a ESCALA FIXA DE INSULINA/*SLIDING SCALE*.
- Considerações sobre PROTOCOLOS.
- Considerações sobre CONTROLE DO ESTRESSE.

Subsídios da Revisão de Literatura e Diretrizes- Dimensão Educativa

- Considerações sobre O QUE SIGNIFICA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.
- Considerações sobre MÉTODOS, TÉCNICAS OU ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.
- Considerações sobre TEMAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.
- Considerações sobre CONSEQUÊNCIAS/RESULTADOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.
- Considerações sobre EDUCAÇÃO NO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR.
- Considerações sobre PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM DM.

Subsídios da Revisão de Literatura e Diretrizes- Dimensão Gerencial

- Considerações sobre ESTRUTURA, MATERIAL E PESSOAL.
- Considerações sobre POLÍTICAS INSTITUCIONAIS E USO DE PROTOCOLOS.
- Considerações sobre EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.
- Considerações sobre MULTI E INTERDISCIPLINARIDADE.
- Considerações sobre CRIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM DM.
- Considerações sobre ROTINAS E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.
- Considerações sobre CONTRA-REFERÊNCIA.
- Considerações sobre TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO E CUSTOS HOSPITALARES.

Os **Subsídios Contextuais-Empíricos** trouxeram para a composição da Base Teórica do Modelo uma noção sobre quem são as pessoas com DM hospitalizadas, suas características sociodemográficas e clínicas e suas opiniões, almejando, assim, conhecer mais uma parte da realidade hospitalar e aproximar a prática de enfermagem às necessidades de cuidado dessa população específica.

Consideramos igualmente importante ouvir os profissionais responsáveis pelas ações/práticas de saúde destinadas às pessoas com DM. Esses profissionais refletiram sobre a realidade vivenciada por eles e pelas pessoas hospitalizadas; relataram as facilidades e as dificuldades do contexto hospitalar gerencial, assistencial e educativo; e elencaram os aspectos que necessitam ser aprimorados, oferecendo direções para que o Modelo de Cuidado de Enfermagem tivesse vinculação mais direta à prática assistencial. Esses subsídios foram elaborados a partir de três diferentes pesquisas: 1) perfil de pessoas com DM hospitalizadas (pesquisa em prontuários); 2) percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização; e 3) percepção dos enfermeiros que desenvolvem sua prática em unidades de internação hospitalares sobre o cuidado hospitalar às pessoas com diabetes mellitus.

As considerações (tópicos) que encabeçam as sentenças consideradas como Subsídios Contextuais-empíricos do Modelo estão apresentados no Quadro 2 e estão didaticamente organizadas nas

dimensões do cuidado de enfermagem (Dimensão Clínica, Educativa e Gerencial).

Quadro 2 - Subsídios Contextuais-Empíricos da Base Teórica do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas

Subsídios provenientes de a)1) Perfil de pessoas com DM hospitalizadas; 2) Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização; e3) Percepção das enfermeiras sobre o cuidado hospitalar às pessoas com diabetes mellitus - Dimensão Clínica

- Considerações sobre CASOS CLÍNICOS.
- Considerações sobre MOTIVOS QUE LEVARAM À HOSPITALIZAÇÃO.
- Considerações sobre SENTIMENTOS/EXPECTATIVAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO.
- Considerações sobre AÇÕES ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM.
- Considerações sobre AÇÕES INTERDISCIPLINARES.
-

Subsídios provenientes de a)1) Perfil de pessoas com DM hospitalizadas; 2) Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização; e3) Percepção das enfermeiras sobre o cuidado hospitalar às pessoas com diabetes mellitus - Dimensão Educativa

- Considerações sobre EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ACORDO COM O PERFIL DAS PESSOAS.
- Considerações sobre MOTIVOS QUE LEVARAM À HOSPITALIZAÇÃO.
- Considerações sobre SENTIMENTOS/EXPECTATIVAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO.
- Considerações sobre AÇÕES EDUCATIVAS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM.
- Considerações sobre AÇÕES EDUCATIVAS PARA A EQUIPE INTERDISCIPLINAR.
- Considerações sobre AÇÕES EDUCATIVAS PARA AS PESSOAS COM DM.

Subsídios provenientes de a)1) Perfil de pessoas com DM

hospitalizadas; 2) Percepção das pessoas com doenças crônicas sobre a hospitalização; e3) Percepção das enfermeiras sobre o cuidado hospitalar às pessoas com diabetes mellitus- Dimensão Gerencial

- Considerações sobre GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DM.
- Considerações sobre AÇÕES GERENCIAIS HOSPITALARES.
- Considerações sobre ESTRUTURA, MATERIAL E PESSOAL.
- Considerações sobre ATUAÇÃO MULTI E INTERDISCIPLINAR.
- Considerações sobre ROTINAS E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.
- Considerações sobre REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA.

O conjunto dos subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos foi analisado e reelaborado de forma a compor a Base Operacional, conforme apresentaremos abaixo.

Base Operacional

A Base Operacional compreende o “Método de Operacionalização na Prática ou Metodologia do Cuidado” e foi estruturada didaticamente em três dimensões da prática da enfermagem: Dimensão Clínica, Dimensão Educativa e Dimensão Gerencial (KIRCHHOF; 2003; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Ela se organiza em:

- a) Princípios Gerais.
- b) Princípios Específicos de cada uma das dimensões – Clínica, Educativa e Gerencial.
- c) Elementos componentes do cuidado em suas três dimensões.
- d) Ações de enfermagem desenvolvidas a partir da sistematização do cuidado: conhecendo a pessoa com DM; definindo os problemas de enfermagem; agindo; e avaliando.

a) Princípios Gerais

O Modelo tem como referência seis **Princípios Gerais**, que orientam de forma transversal as três dimensões:

01) A cronicidade do DM é um componente do cuidado de enfermagem, na perspectiva de que suas ações vão para além dos cuidados específicos às alterações clínicas.

02) A hospitalização é compreendida como potencializadora da adesão aos tratamentos e aos cuidados e como espaço propício para a educação em saúde.

03) Cuidar da pessoa com DM envolve o reconhecimento da necessidade de cuidados contínuos; do controle da progressão da doença; das mudanças que ocorrem em suas vidas e na de suas famílias; e da necessidade de adaptação para lidar de forma mais harmônica com a doença.

04) Os tratamentos, os cuidados e as orientações em saúde devem ser flexibilizados de acordo com a condição de vida e de saúde das pessoas com DM.

05) As ações de enfermagem estão inter-relacionadas com as ações de outros profissionais, na perspectiva de uma atuação interdisciplinar.

06) As ações de enfermagem devem estar registradas no prontuário da pessoa com DM hospitalizada, de maneira clara, completa e sistemática, com fácil acesso para os membros da equipe de saúde, refletindo a evolução do quadro clínico, do processo educativo e do gerenciamento do cuidado.

Esses princípios gerais indicam mudanças no paradigma de cuidado de enfermagem às pessoas que vivenciam a cronicidade, valorizando a totalidade ou a integralidade do ser humano, numa visão ampliada sobre a saúde e o contexto de vida, e não apenas focada em situações agudas ou pontuais. Para isso, indica que a hospitalização deve ser entendida como uma experiência que pode contribuir para os cuidados contínuos dessas pessoas, desde que ofereça um ambiente propício para a educação em saúde e a sensibilização para adesão aos cuidados e aos tratamentos, regidos por uma equipe de enfermagem bem integrada aos demais profissionais de saúde.

b) Princípios Específicos

Além dos Princípios Gerais, cada uma das dimensões do cuidado possui seus **Princípios Específicos**, que indicam o que orienta a prática, ou seja, o que é tomado como referência para as ações de enfermagem.

A **Dimensão Clínica** está orientada por cinco **Princípios Específicos**:

- Na hospitalização, é essencial um olhar específico aos aspectos clínicos do DM, mantendo, porém, um olhar integral para a pessoa com DM.

- O cuidado específico à pessoa com DM é desenvolvido independentemente do motivo que o levou à hospitalização, ou seja, mesmo que a causa da hospitalização seja uma doença ou uma situação

clínica que não esteja associada ao DM, deve haver cuidados de enfermagem relacionados ao DM.

- A participação das pessoas com DM hospitalizadas e seus familiares na tomada de decisões clínicas e nos cuidados realizados pela equipe de enfermagem, durante a hospitalização, estimula o autocuidado.

- O uso de protocolos favorece a segurança na atenção às pessoas com DM hospitalizadas, quando utilizados em situações específicas e objetivas.

- A atuação do enfermeiro para o controle clínico do DM requer conhecimento específico sobre essa doença e suas possíveis inter-relações com outras doenças.

A Dimensão Educativa possui cinco Princípios específicos:

- A educação é um processo social, cultural, histórico, dialógico, ético e ocorre ao longo da vida das pessoas. É pautada no respeito pelo outro, considerando as especificidades de cada um, na perspectiva da humanização da assistência e de mútua colaboração.

- A educação em saúde é participativa e centrada na pessoa com DM hospitalizada, empoderando-a para seu autocuidado. Inicia-se no momento da admissão hospitalar e desenvolve-se ao longo da hospitalização até o momento da alta hospitalar.

- A educação em saúde no ambiente hospitalar é desenvolvida em articulação/parceria com a pessoa com DM e seus familiares e com outros níveis de atenção em saúde (atenção básica e ambulatorial).

- A educação em saúde deve ser realizada por profissionais qualificados, com *expertise* em DM e preparados para o uso de tecnologias educacionais, motivando as pessoas com DM para o autocuidado. O enfermeiro é o profissional que deve ter protagonismo na educação em saúde, incluindo a equipe de enfermagem e em articulação com outros profissionais (interdisciplinaridade).

- A educação em saúde no ambiente hospitalar deve favorecer a associação entre a teoria e a prática para o autocuidado. Pode ocorrer de maneira individual ou em grupo, de acordo com as necessidades das pessoas.

A Dimensão Gerencial possui cinco Princípios Específicos:

- A hospitalização favorece o gerenciamento da condição crônica, desde que o hospital esteja estruturado como espaço propício para o planejamento do controle da doença e ofereça estratégias para a promoção de saúde.

- O gerenciamento da atenção à saúde das pessoas com DM no ambiente hospitalar deve ser realizado como um processo colaborativo, focado no trabalho mútuo entre pessoa com DM e enfermeiro, numa abordagem interdisciplinar.

- O planejamento e as ações de enfermagem devem ter registros sistemáticos e claros no prontuário da pessoa com DM e com fácil acesso aos demais membros da equipe de saúde, refletindo a evolução do quadro clínico, do processo educativo e do gerenciamento do cuidado desenvolvidos durante a hospitalização.

- O cuidado a pessoas com DM hospitalizadas deve ser realizado de forma a integrar suas diferentes dimensões – clínica, educativa e gerencial.

- A equipe de enfermagem é corresponsável pela criação e pela implementação das rotinas de cuidado de enfermagem e pela manutenção da qualidade da assistência.

Na realização do trabalho de enfermagem, essas três dimensões são complementares, interdependentes e articuladas, refletindo a complexidade do cuidado de enfermagem às pessoas com DM, no sentido de oferecer uma atenção em saúde que abrange todos os aspectos da cronicidade que requerem ações em um ambiente e tempo limitados.

c) Elementos componentes do cuidado

Os **Elementos** componentes do cuidado, definidos a partir da Base Teórica, estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Elementos que compõem a Base Operacional do Modelo

28 Elementos que compõem a Base Operacional do Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas		
Dimensão Clínica Nove elementos:	Dimensão Educativa Nove elementos:	Dimensão Gerencial Dez elementos:
1) Significado da doença e dos cuidados e tratamentos para as pessoas com DM	1) Enfrentamento da doença e compreensão dos cuidados e do tratamento.	1) Identificação de necessidades estruturais, de material e/ou de pessoal para o

<p>hospitalizadas.</p> <p>2) Promoção do controle glicêmico.</p> <p>3) Supervisão da alimentação e da hidratação.</p> <p>4) Supervisão e estímulo à realização de atividade física.</p> <p>5) Avaliação dos pés e cuidados com feridas.</p> <p>6) Monitorização da função renal.</p> <p>7) Prevenção de agravos.</p> <p>8) Promoção do controle do estresse.</p> <p>9) Rede de apoio para o cuidado da pessoa com DM.</p>	<p>2) Automonitorização glicêmica e uso de medicações.</p> <p>3) Hábitos alimentares.</p> <p>4) Atividades físicas.</p> <p>5) Avaliação e cuidados com os pés e com feridas.</p> <p>6) Exames de controle do DM e suas complicações (visual, renal, cardiocirculatória, neuropática).</p> <p>7) Prevenção de complicações agudas e crônicas.</p> <p>8) Controle do estresse.</p> <p>9) Participação da família nos cuidados e no tratamento.</p>	<p>cuidado de enfermagem.</p> <p>2) Ambiente seguro para a pessoa com DM/ambiente, livre de riscos.</p> <p>3) Tempo de hospitalização e custos.</p> <p>4) Educação continuada para profissionais de enfermagem.</p> <p>5) Programas educativos interdisciplinares sobre os cuidados às pessoas com DM.</p> <p>6) Contra referência.</p> <p>7) Ações intersetoriais no espaço hospitalar.</p> <p>8) Qualidade da assistência e rotinas de enfermagem.</p> <p>9) Protocolos e/ou instrumento(s) específico(s) para pessoas com DM hospitalizadas, integrados à sistematização da assistência de</p>
---	--	---

		enfermagem (SAE). 10) Promoção da continuidade do cuidado domiciliar (autocuidado).
--	--	--

d) Sistematização dos cuidados de enfermagem

Cada um dos **Elementos** foi definido e, a partir deles, foram apontadas as ações de enfermagem, iniciando com a indicação do que é preciso conhecer sobre a pessoa com DM hospitalizada, seguida da definição dos problemas de enfermagem e do estabelecimento de metas e ações de cuidado, e finalizando com a avaliação dos resultados das ações do enfermeiro. Essas ações de enfermagem são específicas para cada dimensão do cuidado, porém, muitas estão articuladas entre as dimensões. Essas ações no Modelo estão apresentadas de maneira mais geral, pois devem ser definidas de acordo com a situação específica de cada pessoa, não chegando ao nível de detalhamento de um protocolo.

A seguir, apresentamos parte de um dos elementos, a fim de exemplificar como o Modelo está composto em relação ao cuidado de enfermagem. O exemplo refere-se ao primeiro Elemento da Dimensão Clínica, seu significado e as Ações de Enfermagem a serem desenvolvidas de acordo com o processo “Conhecendo, Definindo problemas, Agindo/intervindo ou Educando ou Gerenciando e Avaliando” (Quadro 4).

Quadro 4 - Exemplo do “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas”

Elemento que compõe a Dimensão Clínica

1) SIGNIFICADO DA DOENÇA E DOS CUIDADOS E TRATAMENTOS PARA AS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS

Envolve compreender o que significa viver com DM e conhecer os cuidados e tratamentos necessários para essas pessoas. Significa identificar como a pessoa compreende a cronicidade da doença e como isso influencia em seu autocuidado e, conseqüentemente, em sua condição de saúde.

Ações de enfermagem na dimensão clínica do cuidado às pessoas com DM hospitalizadas

- **“CONHECENDO”** – O que é preciso conhecer sobre a pessoa com DM hospitalizada para desenvolver o cuidado clínico de enfermagem. Envolve um olhar integral para a pessoa e específico para cada elemento da dimensão clínica, considerando aspectos que podem influenciar de forma direta ou indireta na condição clínica:
 - a percepção da doença e dos cuidados e tratamentos (como a pessoa vê sua doença e o tratamento que realiza/aceitação da condição).
- **“DEFININDO PROBLEMAS”** – Estabelecimento dos problemas relacionados à dimensão clínica que necessitam de cuidados de enfermagem. Indicamos que sejam identificadas situações como:
 - déficit ou compreensão inadequada sobre a doença, cuidados e tratamentos (como a pessoa vê sua doença e o tratamento que realiza/não aceitação da condição crônica).
- **“AGINDO/INTERVINDO”** – Estabelecimento de metas e ações de cuidado de enfermagem na dimensão clínica. Dentre as múltiplas e complexas possibilidades de metas e ações/intervenções, destacam-se:

Meta	Ações
Melhor compreensão da condição crônica de saúde, com aceitação e adaptação aos cuidados e tratamentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver educação em saúde individual e/ou em grupo, visando a auxiliar na melhor compreensão do DM, bem como a incentivar a adesão aos cuidados e aos tratamentos para o controle clínico da condição crônica durante a hospitalização, com vistas à continuidade pós-alta hospitalar (autocuidado domiciliar). - Realizar trabalho interdisciplinar e compartilhado, especialmente com profissionais de psicologia, visando a fomentar a aceitação e os modos de adaptação para as mudanças de vida necessárias ao controle da condição crônica.

- **“AVALIANDO”** – Avaliação das metas e das ações/intervenções

do enfermeiro em relação ao cuidado clínico de enfermagem.

O processo de avaliação envolve a análise das condições clínicas da pessoa com DM hospitalizada e sua resposta às ações de enfermagem. A avaliação considera o conhecimento sobre a pessoa com DM, seus problemas, as metas de cuidado estabelecidas e as ações/intervenções desenvolvidas, no sentido de definir a continuidade, a modificação ou o acréscimo de novos cuidados, ou, ainda, o encerramento de um cuidado pela resolução do problema ou pela inadequação desse cuidado.

O processo de avaliação na dimensão clínica do cuidado de enfermagem dá-se na inter-relação entre o raciocínio lógico-clínico, pautado no conhecimento científico do enfermeiro, articulado com a vivência e os saberes das pessoas com DM, considerando-as em sua integralidade. Assim, esta avaliação mantém o olhar integral para a pessoa, e específico para cada elemento da dimensão clínica. A periodicidade dessa avaliação é definida pelo enfermeiro, de acordo com a situação específica de cada problema identificado e as metas de cuidado estabelecidas.

O enfermeiro deve desenvolver a avaliação de forma sistematizada, registrando na evolução de enfermagem, que faz parte do prontuário do paciente, e de forma clara, para que o pensamento lógico do processo de cuidado seja compreendido pelos demais membros da equipe de enfermagem, visando a manter a continuidade dos cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do “Modelo de Cuidado às Pessoas com DM Hospitalizadas” foi um processo laborioso, que envolveu diferentes conhecimentos e experiências, mas que deu origem a uma proposta que acreditamos ser viável e adequada para a atenção às pessoas com DM. Reconhecemos que essa é apenas a primeira etapa no processo de construção do Modelo, necessitando ainda ser submetido à validação e à avaliação. O mesmo será inicialmente submetido a apreciação de experts na temática, para posteriormente ser aplicado na prática, ainda como uma proposta a ser aprimorada.

Destacamos como importante característica do “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas”, desenvolvido na perspectiva de servir como instrumento orientador dos cuidados de enfermagem às pessoas com DM, a flexibilidade para sua adaptação e sua utilização nos diferentes sistemas/instituições

hospitalares, por exemplo, em hospitais públicos, privados ou filantrópicos, de maior ou menor porte.

Apontamos também a relevância de refletir sobre a cronicidade como um aspecto a ser mais bem abordado nos cuidados de enfermagem, no intuito de perceber que nossas ações vão para além dos cuidados específicos das alterações clínicas agudas, colocando em relevo o fenômeno da hospitalização para as pessoas com DM como um momento na vida dessas pessoas que pode ser potencializador da adesão aos tratamentos e cuidados, especialmente quando o hospital e a equipe de saúde estruturam-se em um espaço propício para a promoção da saúde.

Destacamos que ao longo de todo o percurso de desenvolvimento do estudo, tomamos como importante referência o “Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem” desenvolvido por Rocha em 2008, visando construir um Modelo com componentes passíveis de avaliação e validação. Este instrumento possui critérios e questões avaliativas validados para a avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

AREVIAN, M. The significance of a collaborative practice model in delivering care to chronically ill patients: A case study of managing diabetes mellitus in a primary health care center. **J. Interprof. Care**, Abingdon, v. 19, n. 5, p. 444-451, out. 2005.

BISHOP, S.M. Logical Reasoning. In: Tomey, A. Nursing theorists & their work, 4th. Elsevier, 2002. p. 42-49.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS (DATASUS). **Informações de saúde**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#Morbidade>>. Acesso em: 2 out. 2013.

_____. _____. Departamento de informática do SUS (DATASUS). **Informações de saúde**. Brasil, 2015. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

_____. _____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da] União n. 12, 13 jun. 2013, seção 1, p. 59. Brasília, Brasil. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Number (in Thousands) of Hospital Discharges with Diabetes as Any-Listed Diagnosis, United States, 1988–2009. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/dmany/fig1.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. _____. Diabetes Public Health Resource. Distribution of First-Listed Diagnoses Among Hospital Discharges with Diabetes as Any-Listed Diagnosis, Adults Aged 18 Years and Older, United States, 2010. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/hosp/adulttable1.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CORMACK, C. et al. The Process of developing and implementing a nursing care delivery model for geriatric rehabilitation. **JONA**. v. 37, n. 6, p. 279-286, jun. 2007.

DEPARTMENT OF HEALTH WESTERN AUSTRALIA. **Diabetes Model of Care**. Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia, 2008.

FERTONANI, H.P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança**: o que dizem os usuários da atenção básica. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2010. 235 p.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

KECK, J.F. Terminología del Desarrollo de la Teoría. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. (Orgs.). **Modelos y Teorías en Enfermería**. Madrid: Harcourt, 2000. p. 16-24.

KEMPFER, S.S. et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 562-566, set. 2010.

KIRCHHOF, A.L.C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.

LAWRENCE-MURPHY, J.A. et al. Framing the work: development of a renal nursing professional practice model. **J. CANNT**, Penbroke, v. 10, n. 4, p. 32-37, out./dec. 2000.

LUCENA, A.F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 40, n. 2 jun. 2006.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

ROCHA, P.K.; PRADO, M. L. Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? **Index Enferm**. Granada, v. 17, n. 2, p. 128-132, 2008.

ROCHA, P.K.; PRADO, M. L.; SILVA, D.M.G.V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1019-1025, nov./dez. 2012.

RODRIGUEZ, A. et al. Best practices for interdisciplinary care management by hospital glycemc teams: results of a society of hospital medicine survey among 19 U.S. Hospitals. **Diabetes Spectr**, Alexandria, v. 27, n. 3, 2014.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011a., Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000300027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2013.

WAGNER , E.H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Eff Clin Pract.**, Philadelphia, v. 1, n. 1, ago./set. 1998.

WAGNER, E.H. et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Aff.**, Millwood VA, v. 20, n. 6, nov./dez. 2001.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos a proposta de um Modelo de Cuidado de Enfermagem uma opção importante no intuito de buscar inovação e fortalecimento das fragilidades da prática de enfermagem em ambiente hospitalar.

Ao compreendermos os Modelos de Cuidado de Enfermagem como estruturas/instrumentos formados por um marco conceitual e uma metodologia de cuidado que orientam e organizam o processo de trabalho da enfermagem a populações em cenários específicos, vislumbramos o seu desenvolvimento voltado às pessoas com DM no ambiente hospitalar.

Consideramos que o **referencial teórico** possibilita embasar teórica e cientificamente os aspectos a serem abordados na prática de enfermagem voltada ao cuidado das pessoas com DM hospitalizada, no sentido de iluminar os conhecimentos dos enfermeiros diante do cuidado profissional, (re)construindo e aprimorando as noções prévias acerca do cuidado de enfermagem. Assim, traz contribuições à consolidação do corpo de conhecimentos da enfermagem enquanto ciência.

O marco conceitual/teórico ao ser operacionalizado como um **método de cuidado** pode oferecer a base para a operacionalização do cuidado de enfermagem, respondendo ao “como fazer?”, tanto de forma específica, por se referir a população e cenário específicos, quanto de forma flexível, pois considera a realidade vivenciada e heterogeneidade dos serviços de saúde. Dessa maneira, o método de cuidado colabora ao gerar subsídios para os modos de fazer enfermagem.

A articulação/relação do marco conceitual/teórico com o método de cuidado resulta em um Modelo de Cuidado de Enfermagem que expressa preocupação com a base científica e sua aplicabilidade prática, conformando um instrumento que auxilia a organizar o processo de trabalho da enfermagem.

Diante dessas constatações, acreditamos que estudos sobre Modelos de Cuidado de Enfermagem explorando outras condições de saúde e outros cenários da rede de serviços de saúde devem ser desenvolvidos visando avanços no papel da enfermagem, de forma a conferir credibilidade aos nossos serviços e suprir as atuais necessidades/demandas de saúde e enfermagem da população.

A proposta do “**Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas**” procura orientar a prática assistencial de enfermagem específica às pessoas com DM que se encontram hospitalizadas, indicando os aspectos que os enfermeiros devem estar

atentos no planejamento dos cuidados de enfermagem, elencando as possíveis necessidades dessas pessoas, bem como as possíveis metas e ações a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. A **representação gráfica** do Modelo de Cuidado de Enfermagem é uma peça chave, pois ilustra visualmente os aspectos teóricos, científicos e contextuais envolvidos com o tema do estudo, favorecendo a compreensão do mesmo e dando destaque aos componentes principais abordados no Modelo, destacando a articulação do marco conceitual/teórico com a metodologia de cuidado.

O Modelo de Cuidado de Enfermagem trará contribuição teórico-metodológica à prática de enfermagem desenvolvida na atual realidade brasileira, estimulando que seja desenvolvido o olhar integral às pessoas com DM hospitalizadas no intuito de que seja abordada toda a complexidade dos aspectos que envolvem os cuidados e os tratamentos de uma pessoa com DM que vivencia a hospitalização, considerando seu contexto de vida e saúde, buscando evitar qualquer forma de negligência na atenção de saúde e enfermagem ou mesmo iatrogenias pela falta de atenção com determinados aspectos.

Ao reconhecer a necessidade de uma Base Teórica para o cuidado à pessoa com DM, o enfermeiro precisa apropriar-se de subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos essenciais ao cuidado de enfermagem às pessoas com DM, sob diferentes ângulos de vista, agregando informações aos seus aprendizados prévios. Utilizar esses conhecimentos para a prática profissional é um desafio. A Base Operacional tem a intenção de auxiliar o enfermeiro a vencer esse desafio, sugerindo modos de fazer enfermagem que, apesar de apresentados divididos nas dimensões clínica, educativa e gerencial, ocorrem de forma concomitante.

Os modos de fazer enfermagem pautados em princípios gerais, em princípios específicos, em elementos e metas, e em ações buscam associar as noções de integralidade, interdisciplinaridade, humanização, valorização da abordagem do cuidado centrado na pessoa com DM e sua família e a promoção da saúde no ambiente hospitalar na operacionalização da prática de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas.

Destacamos como importante característica do “Modelo de Cuidado de Enfermagem às Pessoas com DM Hospitalizadas”, desenvolvido na perspectiva de servir como instrumento orientador dos cuidados de enfermagem às pessoas com DM, a flexibilidade para sua adaptação e a utilização nos diferentes sistemas/instituições hospitalares,

por exemplo, em hospitais públicos, privados ou filantrópicos e com maior ou menor porte.

Enfatizamos, também, a relevância de refletir sobre a cronicidade como um aspecto a ser mais bem abordado nos cuidados de enfermagem, na perspectiva de que nossas ações vão para além dos cuidados específicos das alterações clínicas agudas. Colocamos em relevo o fenômeno da hospitalização para as pessoas com DM, compreendendo-o como um momento na vida dessas pessoas que pode ser potencializador da adesão aos tratamentos e aos cuidados, quando o hospital e a equipe de saúde estruturaram-se em um espaço propício para a promoção da saúde.

Não foi tarefa fácil construir o nosso Modelo, pois existe um universo de considerações a serem atentadas diante da condição crônica complexa que é o DM e diante da integralidade e complexidade do ser humano que vivencia essa condição e traz consigo um contexto de vida, pautado nas próprias crenças, valores, culturas, hábitos e aprendizados. Assim, consideramos esse estudo como a primeira etapa, até que o Modelo possa ser colocado em prática, pois iremos continuar investindo esforços para consolidá-lo como Modelo de Cuidado de Enfermagem através do processo de sua validação. Portanto, os próximos passos referem-se a testagens e implementação, aspirando torná-lo factível e enriquecedor para o cuidado de enfermagem em ambientes hospitalares inseridos no sistema de saúde da realidade brasileira.

Em nossas reflexões finais, assim como ao longo de todo o percurso de desenvolvimento do estudo, tomamos como importante referência o “Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem” desenvolvido por Rocha em 2008 (ANEXO E), visando construir um Modelo com componentes passíveis de avaliação e validação. Este instrumento possui critérios e questões avaliativas validados para a avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem.

Tal instrumento nos direcionou por caminhos que produzissem componentes importantes para um Modelo de Cuidado de Enfermagem. Assim, procuramos contemplar os critérios inseridos no instrumento de Rocha (2008), dando atenção a: 1) conceitos, pressupostos e marco conceitual/teórico (o qual denominamos de Base teórica) buscando garantir a consistência interna do conteúdo; 2) adequação empírica da Base teórica visando à congruência com a realidade das práticas de enfermagem; 3) adequação empírica da Metodologia (a qual denominamos de Base operacional) no intuito de aplicação prática através de um método que procura abranger todas as dimensões da prática de enfermagem (clínica, educativa e gerencial); 4) adequação

pragmática objetivando que o Modelo produza resultados positivos para aqueles que participam nas ações (profissionais de enfermagem, pessoas com DM e familiares, outros profissionais de saúde e gestores), oferecendo subsídios às ações de enfermagem, com linguagem de fácil entendimento e flexível para adequação a cada realidade do trabalho de enfermagem; 5) incentivo ao desenvolvimento teórico-prático, estimulando o enfermeiro no pensar, buscar conhecimentos aprofundados e aplicar na prática produzindo movimentos recíprocos entre teoria e prática; 6) demonstrar significância ao modificar a prática do cuidado de enfermagem no intuito de fortalecer as fragilidades e sugerir ações para resolver problemas da prática cotidiana de enfermagem; e 7) ter coerência metodológica, com a operacionalização do Modelo descrevendo sistematicamente suas possíveis etapas, mantendo equilíbrio na relação entre o contexto, o marco conceitual/teórico (Base teórica) e a metodologia (Base operacional).

Vislumbramos, portanto, como próxima etapa, a avaliação do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas por um comitê de doutores enfermeiros com expertise acerca da temática de cuidados às pessoas com DM. Essas pessoas serão convidadas a participar dessa fase avaliativa, que será pautada no instrumento de Rocha (2008), correspondendo a sua validação teórica.

Após a validação teórica, planejamos desenvolver outra etapa, que se refere à validação prática, passando pelo processo de implementação do Modelo na prática da assistência de enfermagem em Unidades de internação médico-cirúrgica adulto em um hospital geral. O desenvolvimento dessas etapas ainda precisam ser planejadas com melhor estrutura e consistência, porém essas ideias já iluminam os nossos projetos futuros.

Destacamos que tivemos a intenção de produzir uma crítica ao modelo biomédico-curativista de atenção em saúde, superando-o ao enfatizarmos constantemente, ao longo do estudo, as ideias da atenção em saúde e enfermagem pautadas nas abordagens da integralidade, interdisciplinaridade, humanização e valorização do cuidado centrado no ser humano/pessoa com DM e sua família, vislumbrando esses conceitos como promotores da qualidade da assistência em saúde, quando inseridos de fato nas práticas de atenção à saúde.

Buscamos desenvolver um olhar ampliado ao fenômeno da hospitalização na perspectiva de destacar esse cenário como propício para ações de educação em saúde para as pessoas com DM, onde o enfermeiro deve assumir o papel de protagonista e articulador de ações promotoras de saúde sendo proativo no desenvolvimento de atividades

educativas, na atuação multiprofissional e interdisciplinar e na articulação com a rede de serviços de saúde, visando superar/ultrapassar as limitações presentes no cotidiano da assistência de enfermagem e saúde.

Acreditamos que o estudo traz contribuições ao corpo de conhecimentos da Enfermagem e modo de fazer enfermagem relacionadas à atualização teórico-científica através dos subsídios teóricos, científicos e contextuais-empíricos voltados aos cuidados de enfermagem, bem como pelo aprimoramento dos cuidados de enfermagem ao sugerir Princípios e Elementos essenciais à operacionalização das ações de enfermagem, organizados nas dimensões do cuidar Clínica, Educativa e Gerencial, reorganização e gerenciamento de condições crônicas de saúde, visando otimizar os recursos disponíveis na rede de saúde. Destacamos a importância da sintonia entre os cuidados a serem desenvolvidos e as reais necessidades e contextos das pessoas com DM e suas famílias.

Esperamos que o estudo ofereça estímulo e orientação acerca do processo de construção de Modelos de Cuidado de Enfermagem, exemplificando como possibilidade de percurso metodológico o uso da pesquisa metodológica. Observamos que um Modelo de Cuidado de Enfermagem pode ser construído através de diferentes tipos de pesquisa, como por exemplo, estudos mistos ou teoria fundamentada nos dados. No entanto, optamos pelo caminho da pesquisa metodológica ao considerarmos que nossas temáticas de estudo, a cronicidade do DM, o cuidado de enfermagem e o fenômeno da hospitalização, atualmente encontram-se amplamente disseminadas e envolvem tantos aspectos que outro método de pesquisa isolado/sozinho (como a pesquisa qualitativa, pesquisa quantitativa ou outra) parecia não dar conta de reunir tantos ângulos, como acreditamos serem necessários para o desenvolvimento do Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas. A pesquisa metodológica nos abriu um leque de opções para a construção de diferentes subsídios e componentes para o Modelo, constituindo-se como o caminho mais acertado para o desenvolvimento desse estudo.

Nesse processo, as principais dificuldades que enfrentamos relacionaram-se à escassa literatura acerca da construção de Modelos de Cuidado de Enfermagem, fazendo com que trilhássemos um caminho desconhecido, nebuloso, muitas vezes indo e vindo nas tomadas de decisão, o que ocasionou um caminho não linear diante das coletas e análises de dados provenientes dos subsídios-base. Outra dificuldade que permeou o estudo referiu-se à grande quantidade de dados

levantados, sua organização, estratégias para articular/interrrelacionar os dados teóricos, científicos e contextuais-empíricos buscando abstrações e ao mesmo tempo, seguindo uma linha de pensamento lógico que convergisse esses dados à operacionalização metodológica, e ainda, descrever de forma clara esses processos para a compreensão do leitor.

Registramos como limitação do estudo que o mesmo foi desenvolvido inspirado na realidade de um serviço de saúde, inserido no sistema de saúde pública brasileira, uma instituição hospitalar que, mesmo apresentando semelhanças a tantas outras do país, não exclui a necessidade de ampliação do estudo para outros contextos.

Concluimos acreditando que o processo da pesquisa e os resultados alcançados reafirmam a tese de que o Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas é um instrumento que orienta o trabalho da enfermagem, sistematizando e fortalecendo o cuidado em suas dimensões clínica educativa e gerencial. O cuidado de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas, orientado por um Modelo de Cuidado que considera as pessoas em sua integralidade e é desenvolvido de forma interdisciplinar, humanizada e com valorização do ser humano com DM e sua família, colabora na promoção da saúde dessas pessoas e favorece o melhor controle da condição crônica de saúde.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes. The journal of clinical and applied research and education. **Diabetes Care**. Alexandria, v. 38, Suppl. 1, p. S01-S94, jan. 2015.

AHMANN, A. Reduction of hospital costs and length of stay by good control of blood glucose levels. **Endocr. Pract.**, Jacksonville, v. 10, p. 53-56, 2004. Disponível em: <<http://aace.metapress.com/content/lkrffgrd03nqmrwv/?genre=article&id=doi%3a10.4158%2fEP.10.S2.53>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde em nível local**. Brasília: OPAS/OMS, 2006.

ALVES, M.A. **Promoção de saúde na atenção terciária: a atuação do profissional de enfermagem em um hospital de Uberaba (MG)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Franca, Franca (SP), 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface comum. Saúde educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005.

AMORIN, M.G.; KAY-NATIONS, M.; SOCORRO-COSTA, M. Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. **Rev. salud pública**. Bogotá, v. 11, n. 5, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2013.

ANSARI, Z., et al. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. **BMC health serv. res.**, London, v. 12, n. 475, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-475.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2012.

AREVIAN, M. The significance of a collaborative practice model in delivering care to chronically ill patients: A case study of managing diabetes mellitus in a primary health care center. **J. Interprof. Care**, Abingdon, v. 19, n. 5, p. 444-451, out. 2005.

ARRUDA, C. **Avaliação da humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. 158 p.

ARRUDA, C; GOULART, S. **Influência do estresse em Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. 21p.

BEVAN, J. Bridging the "theory-practice gap" in renal nursing: Establishing a renal professional practice model: Experiences of the Adam Linton Dialysis Unit. **J.CANNT**, Penbroke, v. 13, n. 1, p. 27-33, jan./fev./mar. 2003.

BISHOP, S.M. Logical Reasoning. In: Tomey, A. Nursing theorists & their work, 4th. Elsevier, 2002. p. 42-49.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA**, Chicago, v. 288, p. 1775-1779, 2002.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BORGES, M.J.L; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p.147-156, 2012.

BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B.R. The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. **Psico-USF**, Itatiba, v. 7, n. 2, dez. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712002000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final, 1986. 29p.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____._____. Departamento de informática do SUS (DATASUS). **Informações de saúde**. Brasil, 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#Morbidade>>. Acesso em: 2 out. 2013.

_____._____. Departamento de informática do SUS (DATASUS). **Informações de saúde**. Brasil, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

_____._____. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4. ed. 1. reimpressão. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2015.

_____._____. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013a**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 27 dez. 2015.

_____._____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da] União n. 12, 13 jun. 2013, seção 1, p. 59. Brasília, Brasil.

Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2013.

_____. Rede Interagencial de Informações para a saúde. **Indicadores de morbidade**. D.29 Taxa de Internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas. Taxa internação diabetes melito segundo Unidade da Federação, Período: 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

_____. 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. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS, G.H.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.399-407, fev, 2007.

CAPELLA (1998) CAMPOS, G.H.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.399-407, fev, 2007.

CARRARO, T.E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. (Orgs.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 05-15.

CARVALHO, R.B.N.C. et al. Educação em saúde na adesão ao tratamento por pacientes diabéticos. **Rev. Enferm. UFPI**. Teresina, v. 2, n. 3, p. 33-39, jul./sep. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. **Division of Diabetes Translation**. 2009. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/dmany/fig1.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2013.

_____. _____. Diabetes Public Health Resource. Distribution of First-Listed Diagnoses Among Hospital Discharges with Diabetes as Any-Listed Diagnosis, Adults Aged 18 Years and Older, United States, 2010. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/hosp/adulttable1.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. _____. **Diabetes Public Health Resource**. Number (in Thousands) of hospital discharges with diabetes as first-listed diagnosis, United States, 1988-2009. Page last reviewed: November 19, 2013. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/dmfirst/fig1.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CECÍLIO, L.C.O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CHILDERS, B.; LEVESQUE, C.M. Use of Insulin in the Noncritically Ill-hospitalized Patients with Hyperglycemia and Diabetes. **Crit Care Nurs Clin North Am**, Philadelphia, v. 25, p. 55-70, 2013.

COLEMAN, K. et al. Evidence on the chronic care model in the new millennium. **Health Aff.**, Millwood VA, v. 28, n.1, p. 75-85. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 14 jan. 2016.

CORMACK, C. et al. The Process of developing and implementing a nursing care delivery model for geriatric rehabilitation. **JONA**. v. 37, n. 6, p. 279-286, jun. 2007.

COOK, C. et al. Beliefs about hospital diabetes and perceived barriers to glucose management among inpatient midlevel practitioners. **Diabetes Educ**. Chicago, v. 34, n. 1, p. 75-83, 2008.

CRAMM, J.M.; NIEBOER, A.P. High-quality chronic care delivery improves experiences of chronically ill patients receiving care. **Int J qual health care**, Oxford, v. 25, n. 6, p. 689-695, 2013.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier, 2007.

DEAN, E. We have much to do. **Nursing Standard**. London, v. 28, n. 25, p. 20-22, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7748/ns2014.02.28.25.20.s26>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. 7. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2009.

DEPARTMENT OF HEALTH WESTERN AUSTRALIA. **Diabetes Model of Care**. Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia, 2008.

DIAS, M.S.A. **O semblante da clínica dialítica no contexto da promoção da saúde: reflexões dos profissionais sobre sua práxis**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

_____. **Explorations in quality assessment and monitoring.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1988.

_____. **The seven pillars of quality.** Arch. pathol. lab. med., Chicago, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

EARL, D. Internet Encyclopedia of philosophy - IEP. **A Peer-reviewed academic resource.** Concepts. Coastal Carolina University. USA. Disponível em: <<http://www.iep.utm.edu/concepts/>>. Acesso em: 01 maio 2015.

FAWCETT, J. **Knowledge Contemporary Nursing Knowledge:** analysis and evolution of nursing models and theories. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

_____. **Relationship of Theory and Research.** Chapter 1. 1-25. 1999. Philadelphia: F.A. Davis. Company, 2005.

FERTONANI, H.P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança:** o que dizem os usuários da atenção básica. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2010. 235 p.

FISCHBORN, A. F., et al. Princípios da integralidade e interdisciplinaridade no PET-saúde: relato de experiência. In: Salão de Ensino e de Extensão, Pró-Reitoria de Extensão e Relações Comunitárias. Universidade de Santa Cruz do Sul. **Anais IV Salão de Ensino e de Extensão. Vivenciando a integração.** Santa Cruz do Sul, 2013. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/11004>. Acesso em: 02 nov. 2013.

FLANAGAN, D. et al. Diabetes care in hospital-the impact of a dedicated inpatient care team. **Diabet. Med.**, Chichester, v. 25, 147-151, 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUST, J.B. Discharge planning as part of daily nursing practice. **Appl Nurs Res.**, Philadelphia, v. 20, n. 2, p.72-77, 2007. Disponível em: <http://www.nursingconsult.com/nursing/journals/0197-4572/fulltext/PDF/s0897189707000092.pdf?issn=0897-1897&full_text=pdf&pdfName=s0897189707000092.pdf&spid=19492135&article_id=581544>. Acesso em: 18 dez. 2013.

FRIESE, C.R.; KALISCH, B.J.; LEE, K.H. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. **Cancer Nurs.** New York, v. 36, n. 6, p. E51-E57, 2013.

FURTADO, L.G.; NÓBREGA, M.M.L. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1197-1204, out./dez. 2013.

GARCÍA, Y.G. et al. Control glucémico en el proceso perioperatorio de los pacientes con diabetes mellitus. **Rev Cubana Endocrinol**, Ciudad de la Habana, v. 23, n. 1, jan./abr. 2012.

GERARD, S. O.; GRIFFIN, M.Q.; FITZPATRICK, J. Advancing quality diabetes education through evidence and innovation. **J Nurs Care Qual.** Frederick, v. 25, n. 2, p. 160-167, 2010.

GLINDE, A.A.; PALLIN, D.J.; CAMARGO, C.A J.. Hospitalization and discharge education of emergency department patients with hypoglycemia. **Diabetes Educ.** Chicago, v. 34, n. 4, p. 683-691, 2008.

HARWOOD, L. et al. Implementation challenges of a renal nursing professional practice model. **Nephrol Nurs J.**, Pitman, v. 30, n. 5, p. 503-510, oct. 2003.

_____. Nurses' perceptions of the impact of a renal nursing professional practice model on nursing outcomes, characteristics of practice environments and empowerment - Part I. **J. CANNT**, Penbroke, v. 17, n. 1, p. 22-29, jan./feb./mar. 2007a.

_____. Nurses' perceptions of the impact of a renal nursing professional practice model on nursing outcomes, characteristics of practice environments and empowerment - Part II. **J. CANNT**, Penbroke, v. 17, n. 2, p. 35-43, apr./may/jun. 2007b.

HARWOOD, L.; DOWNING, L.; RIDLEY, J. A renal nursing professional practice model: the next generation. **J. CANNT**, Penbroke, v. 23, n. 3, p. 14-19, jul./sep. 2013.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

HSIEH, H.F.; SHANONN, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual. Health Res.**, Newbury Park, v. 15, n. 9, p.1277-1288, nov. 2005.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE (ICIC). **The Chronic Care Model**. 2015. Disponível em: <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2>. Acesso em: 25 abr. 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**. 7th ed. 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/Cec%20C3%20ADlia/Downloads/IDF_Atlas%202015_UK%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cec%20C3%20ADlia/Downloads/IDF_Atlas%202015_UK%20(1).pdf)>. Acesso em: 08 jan. 2016.

_____. **Diabetes Atlas update poster**, 6th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf>. Acesso em: 07 set. 2015.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. **Advancing the practice of patient- and family-centered care in primary care and other ambulatory settings: how to get started**. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2011.

JIANG, H. J. et al. Multiple Hospitalizations for Patients With Diabetes. **Diabetes Care**. Alexandria, v. 26, n. 5, p.1421-1426, 2003.

JOHN, W.G. Use of HbA₁C in the diagnosis of diabetes mellitus in the UK. The implementation of World Health Organization guidance. **Diabet. Med.**, Londres, v. 29, p. 1350-7, 2012. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2012.03762.x/pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

KALISCH, B.J.; XIE, B. Errors of omission: missed nursing care. **West. J. nurs. res.**, Beverly Hills, v. 1, n. 16, 2014.

KECK, J.F. Terminología del Desarrollo de la Teoría. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. (Orgs.). **Modelos y Teorías en Enfermería**. Madrid: Harcourt, 2000. p. 16-24.

KEMPFER, S.S. et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 562-566, set. 2010.

KIRCHHOF, A.L.C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.

KUBACKA, B. A balancing act. Achieving glycemic control in hospitalized patients. **Nursing**. Springhouse, v. 44, n. 1, p. 30-37, jan. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Cec%C3%ADlia/Downloads/A_balancing_act__Achieving_glycemic_control_in.9.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2016.

LANDIM, C.A.P. et al. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. **J Clin Nurs**. Oxford, v. 20, n. 23-24, p. 3394-3403, 2011.

LAWRENCE-MURPHY, J.A. et al. Framing the work: development of a renal nursing professional practice model. **J. CANNT**, Penbroke, v. 10, n. 4, p. 32-37, out./dec. 2000.

LEAL, L.A. A promoção da saúde da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 762-772, set./out. 2015.

LIMA, L.R., et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em Horta. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 8, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm>. Acesso em: 31 jul. 2013.

LIMA, R.A.G. Doenças crônicas e os desafios para a produção de conhecimento em saúde. Editorial. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, set./out. 2013.

FARIAS, J. N. **Eventos estressantes da hospitalização**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1981. 109p.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: methods, critical appraisal and utilization**. 3. ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 1994.

_____. **Pesquisa em Enfermagem**. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LODEWIJCKX, C.; VANHAECHT, K.; PANELLA, M. A new model of care pathways for reorganization of chronic care. **Int. J. care Pathways**, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://icp.sagepub.com/content/16/1/1>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

LORENZINI, E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão Integrativa. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 166-172, jan./mar. 2014.

LUCENA, A.F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 40, n. 2 jun. 2006.

LUNNEY, M. Importância do uso de um modelo de enfermagem para o raciocínio clínico. Editorial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. viii, 2011.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320070002000009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2014.

MARTINS, J. J. **Humanização nas práticas de saúde:** o discurso coletivo dos trabalhadores, gestores e usuários de um Estabelecimento Assistencial de Saúde Hospitalar (EASH). Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC, 2008.

MARTINS, L. RODRIGUES, M.M. **A percepção de pessoas com condição crônica de saúde acerca da sua internação hospitalar.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Programa de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2013. 55p.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600010&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 out. 2013.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2013.

MENDES, T. A. B.; et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p.1233-1243, jun. 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MODIC, M.B. et al. Building a novel inpatient diabetes management mentor program. A blueprint for success. **Diabetes Educ.** Chicago, v. 39, n. 3, maio/jun. 2013.

MORESI, E. (Org.). **Metodologia da Pesquisa.** Universidade Católica de Brasília – UCB. Pró-reitoria de Pós-Graduação – PRPG. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação. Brasília – DF. 2003. Disponível em:

<http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_da_pesquisa.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2013.

MORGAN, S.; YODER, L.H. A concept analysis of person-centered care. **J. holist. nurs.**, Springfield, v. 30, p. 6-15, 2012.

NOVIK ET AL., 2009 NOVIK A., V., et al. Prevalencia de diabetes mellitus en un servicio de medicina interna: causas de hospitalización y factores asociados a morbimortalidad. **Rev. chil. endocrinol. diabetes**; Chile, v.2, n.1, 2009. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=612526&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 maio 2013.

NOVIK A., V.; BARRA R., J. P. D. L.; GAETE G., J. Hipoglicemia como causa de hospitalización en el Hospital Dr. Gustavo Fricke en el período agosto 2001 - agosto 2006. **Bol. Hosp. Via del Mar**, Chile, v. 65, n.3/4, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=554701&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

OLIVEIRA, D.C.O. et al. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521-526, out./dez. 2009.

OLIVEIRA, M.C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. **Rev. bras. educ. méd.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 347-355, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados Inovadores para condições crônicas**. Componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Doenças não transmissíveis e saúde mental. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. 105p.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**.

Brasília: OMS, 2013. 30 p. Disponível em:

<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Carta de Ottawa**. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

OTERO, L.M.; ZANETTI, M.L.; OGRIZIO, M.D. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. **Rev Latino Am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 231-237, 2008.

PATEL, N.K.; PARCHMAN, M.L. The Chronic Care Model and Exercise Discussions during Primary Care Diabetes Encounters. **J. am. board fam. med.**, Lexington, v. 24, n. 1, jan./feb. 2011.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2007. p. 161-177.

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

_____. **Nursing Research**. Principles and Methods. 7. ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLE, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**. v.1, issue 1, article 5, 2008. Disponível em: <<http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=risai>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

RIGON, A.G. **Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), 2011. 126p.

RIGON, A.G.; NEVES, E.T. 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. 812-817, out./dez. 2011.

ROBINSON, J.H. et al. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. **J. Am. Acad. Nurse Pract.** Thorofare, v. 20, p. 12, 2008.

ROCHA, P. K. **Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ROCHA, P.K.; PRADO, M. L. Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? **Index Enferm**. Granada, v. 17, n. 2, p. 128-132, 2008.

ROCHA, P.K.; PRADO, M. L.; SILVA, D.M.G.V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1019-1025, nov./dez. 2012.

RODRIGUEZ, A. et al. Best practices for interdisciplinary care management by hospital glycemic teams: results of a society of hospital medicine survey among 19 U.S. Hospitals. **Diabetes Spectr**, Alexandria, v. 27, n. 3, 2014.

ROLLO, A.A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ROSA, R. S. et al. Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 465-478, 2007.

SAFETY NET MEDICAL HOME INITIATIVE. Implementation Guide. Patient-Centered Interactions. **Engaging Patients in Health and Healthcare**. May, 2013. 1-35p. Disponível em: <<http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/Implementation-Guide-Patient-Centered-Interactions.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SALCI, M.A. **Atenção primária à saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da Complexidade**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 342p.

SILVA, A. S. B. et al. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, set. 2011b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01047072011000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2013.

SILVA, J.L.L. et al. Reflexões sobre o cuidado transcultural e o processo saúde doença: contribuições para a assistência de enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3185-3195, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1590/pdf_693>. Acesso em: 22 mar. 2014.

SILVA JUNIOR, M.D. et al. O enfermeiro como educador em saúde na reabilitação do paciente portador de diabetes mellitus. **R. saúd. corp. ambi. e cuid.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 156-164, jan./mar. 2013.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011a,. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000300027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2013.

SIMOONS, D.; WENZELT, H. Diabetes inpatients: a case of lose, lose, lose. Is it time to use a 'diabetes-attributable hospitalization cost' to assess the impact of diabetes? **Diabet med.**, Chichester, v. 28, n. 9, p.1123-1130, set. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014.** OLIVEIRA, J.E.P; VÊNCIO, S. (Orgs.). São Paulo: AC Farmacêutica. Grupo Editorial Nacional, 2013.

SOLÍS, I.; HURTADO, N.; DEMANGEL, D.; CORTÉS, C.; SOTO, N. Control glicémico de pacientes diabéticos hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna. **Rev Med Chil**, Santiago, v.140, n. 1, p. 66-72, jan. 2012.

SUZUKI, V.F.; CARMONA, E.V.; LIMA, M.H.M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 527-532, 2011.

TEIXEIRA, C.F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.** Caderno da 11^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000. p. 261-281.

THOMAZELLI, F.C.S. et al. Núcleo de atenção em diabetes: uma proposta de atenção multidisciplinar. Apresentação oral. In: XIX Congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes, Florianópolis, SC. **Arqu. Bras. Endocrinol. Metab**, São Paulo, v. 57, supl. 6, 2013.

TINGLE, J. National Diabetes Inpatient Audit: implications. **Br J Nurs**, v. 21, n. 11, p. 690-691, 2012.

TRUELAND, J. Securing a shorter stay in hospital. Specialist nurses have helped cut diabetes inpatient stays to less time than for those without the condition. **Nurs. Stand.** London, v. 27, n. 50, p. 16-18, aug. 2013.

VASCONCELOS, E.M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 334p.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Eff Clin Pract.**, Philadelphia, v. 1, n. 1, ago./set. 1998.

WAGNER, E.H. et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Aff.**, Millwood VA, v. 20, n. 6, nov./dez. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications.** Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Department of Noncommunicable Disease Surveillance Geneva. 1999. 65p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – EXEMPLO DO QUADRO REVISÃO DE LITERATURA

Base de Dados: MEDLINE/PUBMED

Data da pesquisa: 24/07/2014

Descritores: cuidados de enfermagem (nursing care, atención de enfermería), diabetes mellitus, hospitalização (hospitalization, hospitalización).

* Obs.: *use no punctuation, tags or operators.*

APÊNDICE B – TEXTO-SÍNTESE 3**ACHADOS PRELIMINARES DO SUBSÍDIO-BASE 2:
DESCRIÇÃO DO PERFIL DAS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS HOSPITALIZADAS**

Em relação aos aspectos sociodemográficos, foi encontrado que a maioria das pessoas com DM hospitalizadas eram do sexo feminino (52,57%), no entanto, os homens possuem também uma porcentagem de internação bastante alta, o equivalente a 47,43%.

Em torno de 64% dos participantes eram casados e em torno de 35% declararam-se solteiros, separados, viúvos ou divorciados. No nosso estudo, a faixa etária variou de 16 a 92 anos, sendo a mediana igual a 62 anos e a média igual a 59,8 anos de idade.

O grau de escolaridade de 34% das pessoas foi designado como Ensino Fundamental completo, seguido de 27,47% de Ensino Fundamental Incompleto, 15% de pessoas com Ensino Médio e apenas 4% com Curso Superior completo.

Em relação à atividade profissional, 55 pessoas (41,35%) estavam ativas e 55 pessoas encontravam-se aposentadas. A religião predominante foi a católica (71,26%), seguida da evangélica (17,24), e outras (11.5%).

Sobre o tempo de hospitalização, o mínimo foi de 01 dia (setor da Emergência) e o tempo máximo foi de 78 dias (setor de Clínica Médica).

Quanto aos aspectos clínicos, podemos expor que a causa principal da necessidade de internação foi relacionada a problemas ou complicações do sistema endócrino (40,57%), seguido por problemas ou complicações do sistema circulatório (17,71%) e sistema respiratório (16%).

Em nosso estudo, as comorbidades relacionadas ao sistema circulatório estavam presentes em 76,57% das pessoas, enquanto comorbidades relacionadas ao sistema urinário e respiratório foram de 21,71 e 19.53%, respectivamente. Outros tipos de comorbidades somaram 20,57%. Do total de 175 pessoas com DM hospitalizadas, 12% já haviam sofrido algum tipo de amputação de membros inferiores, e 31,43% apresentavam algum tipo de lesão de membros inferiores.

O valor de glicemia nas primeiras horas após a admissão do paciente (glicemia de chagada) foi em média 229,8 mg/dL, sendo a

mediana igual a 200mg/dL, o valor mínimo igual a 60mg/dL e o valor máximo igual a 898mg/dL.

Em relação ao último valor da verificação de glicemia capilar (glicemia de saída), prévio à alta hospitalar, houve 65,14% (n=114) na faixa de valores ≥ 141 mg/dL, 28% (n=49) na faixa de valores entre 70 a 140mg/dL, 1,15% (n=02) na faixa de valores ≤ 69 mg/dL e 5,71% (n=10) casos em que os valores não estavam disponíveis no momento da coleta de dados.

APÊNDICE C – TOTAL DE 41 SENTENÇAS**ACHADOS PRELIMINARES DO SUBSÍDIO-BASE 3:
“SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DAS PESSOAS COM
DOENÇAS CRÔNICAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO”****Motivos que levaram à hospitalização:**

- 1) A falta de autocuidado e o agravamento da doença levam à internação hospitalar.
- 2) O agravamento da doença manifesta-se com a exacerbação de sintomas, levando as pessoas a procurar o atendimento de saúde.
- 3) Sintomas mais discretos nem sempre servem de alerta de que algo não está bem.
- 4) Os hábitos ou modo de vida, nos quais não ocorre o cuidado adequado do DM, mesmo estando cientes das possíveis complicações, contribuíram para a internação hospitalar.
- 5) Mesmo sabendo que o DM pode ter complicações, as pessoas não realizam os cuidados adequadamente.
- 6) Há falta de identificação dos sinais e sintomas de agravamento da doença crônica. Ocorre a minimização ou banalização da própria condição de saúde, ou seja, nem sempre as pessoas reconhecem sua condição de saúde como importante.
- 7) Tratamento rigoroso demais não dá para ser seguido, especialmente em relação ao custo financeiro.
- 8) A baixa escolaridade pode influenciar para a ocorrência de reinternações devido a dificuldades no manejo do tratamento.

Sentimentos em relação à hospitalização

- 9) A primeira internação hospitalar provoca medo pela possível gravidade da condição de saúde.
- 10) Na primeira internação hospitalar, há medo pelo desconhecimento das rotinas da instituição.
- 11) Na hospitalização, há medo relacionado às preocupações com o futuro.
- 12) A hospitalização envolve medos de diferentes âmbitos: deixar a família em casa, medo da morte e medo dos procedimentos técnicos.
- 13) O hospital traz consigo medos e inquietações para a pessoa internada, estando relacionado às mudanças enfrentadas em relação ao ambiente e sua rotina

14) A hospitalização pode provocar sentimento de culpa e pesar por não ter se cuidado adequadamente.

15) A aceitação e a adaptação ao processo da hospitalização são difíceis, mas podem ser vivenciados mais facilmente quando compreendidos como parte da recuperação da saúde.

16) A hospitalização pode ser permeada de sentimentos conflitantes, tais como a necessidade de ter paciência, conformação, amadurecimento e mesmo a capacidade de encarar o processo com bom-humor.

Expectativas em relação à hospitalização

17) A hospitalização pode contribuir para melhorar a adesão aos tratamentos e ao gerenciamento da condição crônica.

18) A hospitalização possibilita à pessoa conscientizar-se da necessidade de mudanças em seu dia a dia.

19) A hospitalização, por si só, fez com que a pessoa tomasse consciência de suas atitudes diárias e trouxesse à tona o risco das complicações ou seu agravamento. Diante desse fato, a hospitalização instiga a expectativa de maior adesão à terapêutica, para que a pessoa não sofra novamente.

20) A crença em Deus ajuda a ter esperança em melhorar.

21) A hospitalização pode mobilizar pensamentos positivos.

22) Na hospitalização as pessoas planejam mudanças em suas futuras rotinas para poder cuidar melhor de sua condição crônica de saúde.

23) Durante a hospitalização, as pessoas percebem que a maior adesão ao tratamento pode ajudar a amenizar sinais e sintomas da doença.

24) A hospitalização pode ser um momento de reflexão e ressignificação de sua vida e da doença em sua vida.

25) A hospitalização é um momento importante na vida das pessoas, pois as ajuda a refletir sobre como estavam cuidando da própria saúde.

Considerações para a prática do cuidado hospitalar às pessoas com condições crônicas de saúde

26) Manter a boa relação paciente-profissional de saúde pode auxiliar na autoconfiança, autocuidado e manejo da condição crônica de saúde.

27) Ações multi-setoriais envolvendo o setor saúde, político, econômico e social auxiliam na prevenção e controle de doenças.

28) A falta de orientações às pessoas com DM durante a hospitalização ocasiona reinternações por descontrole glicêmico.

29) O planejamento da alta hospitalar e as consequentes orientações podem ser realizados por uma equipe multiprofissional organizada, com base em um impresso específico.

30) As condições de trabalho atuais nos hospitais públicos dificultam a implementação de propostas de atuação multiprofissional bem integrada.

31) A hospitalização de pessoas com DM ocasiona elevados custos. A redução do número de internações dessas pessoas pode reduzir os gastos públicos. Medidas para reduzir a hospitalização associada ao DM são urgentemente necessárias.

32) A internação ocasiona reflexão sobre a vida e saúde, gerando a expectativa de maior adesão ao tratamento e às mudanças do estilo de vida.

33) A internação hospitalar é um momento propício para ações de enfermagem visando à promoção da saúde às pessoas com DM.

34) O hospital é um ambiente estratégico para ações de promoção da saúde.

35) Deve-se criar espaços coletivos para a discussão multiprofissional e planejamento de alta.

36) Deve-se criar espaços coletivos para a escuta atenta dos pacientes.

37) Criar espaços coletivos é um desafio frente à estrutura física, cultura curativa, burocracias e falta de tempo dos profissionais.

38) A internação hospitalar é um momento propício para a atuação do enfermeiro, com ênfase em ações de promoção à saúde.

39) O profissional de saúde que atua na atenção hospitalar deve desenvolver um processo educativo, orientando a maior adesão ao tratamento.

40) Na internação hospitalar, pode haver melhora da qualidade do cuidado ao se conhecer as pessoas hospitalizadas, ouvir e valorizar seus medos, preocupações e expectativas.

41) Faltam ações educativas no ambiente hospitalar.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA COM ENFERMEIROS

Entrevista n° _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome (siglas):

Sexo: Feminino () Masculino () Data de nascimento: _____

Sector onde trabalha: CM1 () CM2 () CCR1 () CCR2 ()

Há quanto tempo trabalha na instituição: _____

Há quanto tempo trabalha no sector actual: _____

Já participou de algum curso/palestra específico sobre “cuidados com o diabetes mellitus”?

() não () sim. Qual? _____ Quando? _____

Onde? _____

2. PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO ÀS PESSOAS COM DM HOSPITALIZADAS

2.1 Eu gostaria de saber como vem sendo realizado o cuidado às pessoas com DM no sector onde você trabalha.

- Em que momento o enfermeiro toma ciência que a pessoa possui DM?

- Poderia me contar quais os cuidados específicos voltados para as pessoas com DM?

(rotinas, protocolos, profissionais envolvidos, cuidados específicos de enfermagem)

2.2 Eu gostaria de conhecer a sua opinião sobre como deveria ser o cuidado ideal/de excelência para as pessoas com DM no ambiente hospitalar.

Para você, como deveria ser o cuidado ideal relacionado a/ que abordasse...

- ...as rotinas de cuidado de enfermagem?
- ...registros de enfermagem? Quais e onde? (impresso do prontuário)
- ...protocolos? Qual sua opinião sobre a efetividade, importância, acesso?
- ...a equipe de profissionais de saúde envolvidos no cuidado dessas pessoas? Como deveria ser a relação/comunicação entre eles sobre o caso clínico do paciente?
- ...quais outros serviços/setores poderiam estar envolvidos no cuidado a pessoa com DM hospitalizada? De que forma atuariam? (ambulatório; centro de DM, farmácia; especialidades)
- ...as ações de educação em saúde com essas pessoas? Como funcionariam (quem, quando, onde, como poderiam ser avaliadas).
- ...encaminhamentos a especialistas, por exemplo, oftalmologista, endocrinologista, enfermeira com expertise em DM, etc? Como funcionariam (como deveria ser percebida a necessidade, burocracia, acesso).
- ...quanto a referência e contra referência na transição do ambiente hospitalar para a atenção básica e/ou especializada?

2.3 O que você acha que pode melhorar no cuidado prestado às pessoas com DM hospitalizadas no seu setor?

2.4 Poderia apontar quais as lacunas ou dificuldades você percebe para a melhoria dos cuidados às pessoas com DM hospitalizadas?

2.5 Você tem sugestões de novas condutas que o enfermeiro poderia realizar visando aprimorar o cuidado de enfermagem as pessoas com DM no seu setor?

Poderia indicar um ou dois enfermeiros do seu setor que pudessem contribuir com esta pesquisa?

Data: _____

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) sr.(a) a participar da pesquisa “Construção de um modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas” que será desenvolvido pela enfermeira Cecilia Arruda no curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e orientado pela prof^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Trata-se de uma pesquisa metodológica. O objetivo geral da pesquisa é desenvolver um Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com diabetes mellitus (DM) hospitalizadas.

Para isso, como parte do estudo, serão desenvolvidas entrevistas individuais com enfermeiros que atuam nas Unidades de Internação Médicas e Cirúrgicas do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

A entrevista será semiestruturada, orientada por um roteiro de perguntas e ocorrerá em data e local de preferência do entrevistado. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, observando o anonimato dos participantes. A análise destes dados será qualitativa, visando o objetivo de: conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os cuidados às pessoas com DM hospitalizadas.

Informamos que respeitamos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Caso aceite participar da pesquisa, solicitamos a sua autorização para a gravação da entrevista individual. Garantimos que seu nome e qualquer outro dado que o(a) identifique serão mantidos em anonimato e que o(a) sr.(a) terá liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Não haverá benefícios diretos

ao participante, apenas o benefício científico acerca do aprofundamento dos conhecimentos sobre a assistência de enfermagem às pessoas com DM hospitalizadas.

As pesquisadoras Cecilia Arruda e prof^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva poderão ser contatadas a qualquer momento para o esclarecimento de dúvidas a respeito da pesquisa através dos contatos: Cecilia Arruda – Celular: (48)99535124, email: cecilia2030@gmail.com, ou endereço: Rua Ogê Fortkamp, n. 111. Trindade. CEP 88036610. Florianópolis, SC. Denise M.G.V. da Silva – Celular: (48)88456878 e e-mail: denise.guerreiro@ufsc.br.

Se necessário, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos localizado na Biblioteca Universitária Central – Setor de Periódicos (térreo), campus Trindade, Florianópolis, ou pelo telefone (48) 37219206.

Após ler o presente Termo de Consentimento e aceitar participar voluntariamente da pesquisa, pedimos que o assine.

Eu,....., abaixo assinado, declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar voluntariamente como sujeito da pesquisa: “Construção de um modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas”. Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos e métodos, bem como de meu direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma. Autorizo o uso de gravador para o registro da entrevista mediante anonimato sobre minha identidade.

Assinatura do participante

Local e Data

Dda. Cecilia Arruda

Prof^a Dr^a Denise M.G.V. da Silva

**APÊNDICE F – INDICAÇÕES/SUGESTÕES DAS ENFERMEIRAS:
“APRIMORANDO OCUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS
COM DM HOSPITALIZADAS”**

ENTREVISTA 01

- 1) Enfermeiro toma conhecimento do diagnóstico do paciente na passagem de plantão via telefone (enfermeiro-enfermeiro) e/ou ao conversar com o paciente durante o Histórico de Enfermagem.
- 2) As unidades de internação hospitalar deveriam ter um local reservado para que, quando necessário, os profissionais de saúde pudessem conversar e orientar o paciente e o familiar de forma individual, ética, sigilosa.
- 3) Instituição ou padronização do rodízio de insulina que favoreça a sua realização fidedigna pela equipe de enfermagem.
- 4) Estimular o comprometimento e a confiança da equipe de enfermagem em relação às atividades desenvolvidas.
- 5) Instituição ou padronização do rodízio da punção capilar para a verificação do HGT, que favoreça a sua realização fidedigna pela equipe de enfermagem.
- 6) Idem.
- 7) Individualizar a prescrição médica de controle de HGT (número de verificações/dia) de acordo com as necessidades do paciente.
- 8) É preciso repensar a melhor forma de registro dos valores de HGT dos pacientes para torná-lo prático e de fácil compreensão para toda a equipe de profissionais da saúde.
- 9) Histórico Multidisciplinar visando à construção da história de saúde do paciente pelo ângulo/olhar dos diversos profissionais de saúde.
- 10) Construir um instrumento ou *checklist* visando a continuidade da educação em saúde realizada pelo enfermeiro para o paciente.
- 11) Tempo hábil para a realização do Histórico de Enfermagem completo.
- 12) Protocolos para determinados atendimentos em saúde são “aliados”, “benéficos” para a prática de qualidade, pois estarão embasados cientificamente.
- 13) O enfermeiro sobrecarregado presta a assistência com falhas, especialmente por não conseguir ficar mais próximo do paciente/realizar atividades assistência direta ao paciente. É preciso rever ou redistribuir as demandas do enfermeiro.
- 14) O protocolo é uma forma de organizar e efetivar a prática de determinada atividade.

15) Protocolos são importantes para orientar as condutas em situações agudas, como controle de hipo e hiperglicemia e para orientar rotinas de enfermagem, como a administração de insulina e os rodízios para a aplicação de insulina.

16) Realização de trabalho compartilhado entre as enfermeiras dos setores de internação e a enfermeira do ambulatório de endocrinologia, através de melhor comunicação e visita conjunta ao paciente.

17) Visita multiprofissional semanal, pré-agendada, com a enfermeira do ambulatório nos setores de internação.

18) Deveria haver o planejamento da alta hospitalar.

19) Equipes de profissionais essenciais no cuidado hospitalar ao paciente com DM: médica, de nutrição, de enfermagem, do serviço social.

20) A rede do Sistema de Saúde precisa articular-se melhor visando à intercomunicação e ao trabalho compartilhado entre seus pontos.

21) Estimular os profissionais de saúde para a atuação e para a comunicação em rede interdisciplinar.

22) Idem 20.

23) Idem 21.

24) Enfermeiras sobrecarregas. É importante o redimensionamento do quantitativo de profissionais e funções.

25) Atualmente os pacientes hospitalizados apresentam um quadro de saúde-doença complexo.

26) Prover, estimular e dar condições ao trabalhador para realizar educação continuada para aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades.

27) Sobrecarga de trabalho gera o “mecanicismo”. É preciso rever as prioridades de cuidado de enfermagem para avançar/melhorar a assistência prestada.

28) É importante/ seria efetivo o relacionamento multiprofissional pautado na comunicação verbal e com inclusão do paciente.

29) Seria adequado dispor de um profissional (ou equipe específica) para a realização de educação em saúde aprofundada/ sistematizada, auxiliada por instrumentos que organizassem e garantissem a continuidade do aprendizado.

30) A enfermeira do ambulatório de endocrinologia poderia assumir a parte de educação em saúde aos pacientes com DM hospitalizados.

31) É importante o papel do psicólogo (individual ou participante de grupos para pessoas com diabetes) visando ao estímulo psicológico para a pessoa conviver com a condição crônica e ter ânimo diante dos tratamentos.

- 32) O profissional de saúde que realiza educação em saúde para as pessoas com DM deve estar capacitado e ter conhecimento aprofundado sobre diabetes.
- 33) É preciso desenvolver um programa institucional e de estrutura física, de pessoal e de material (físico e didático) visando ao aperfeiçoamento profissional sobre o tema doenças crônicas no ambiente hospitalar.
- 33) Seria ideal dispor de materiais didáticos (cartilhas, folders ilustrativos) para oferecer aos pacientes, visando a acrescentar conhecimentos sobre o cuidado com diabetes.
- 34) É importante a equipe médica de endocrinologia realizar avaliação e orientação dos pacientes com controle de diabetes inadequado quando solicitado pelo médico assistente/responsável (via Parecer). É importante, mas ainda não é o ideal.
- 35) É ideal ter uma equipe multi para dar atenção aos pacientes com DM nos setores de internação, com discussão dos casos.
- 36) Melhorar a qualidade da alimentação para as pessoas com DM hospitalizadas.
- 37) Melhorar a disponibilização de água mineral aos pacientes, visando a sua melhor aceitação e hidratação adequada.
- 38) A quantidade/ número de refeições para a pessoa com DM no hospital é adequada (6x: 8:00h café manhã, 10:00h colação, 12:00h almoço, 15:00h café tarde, 18:00h janta e 20:30h ceia), porém é preciso adequar os horários de forma a mimetizar os horários habituais do paciente (visando a evitar o descontrole glicêmico).
- 39) Melhorias estruturais e de materiais (descartáveis) podem auxiliar a manter o padrão de eliminações fisiológicas dos pacientes.
- 40) Sono e repouso inadequados interferem no controle metabólico. É importante rever as condições estruturais dos setores de internação visando a manter ambiente adequado para o sono e para o repouso dos pacientes.
- 41) Importante oferecer área/ espaço para lazer, caminhada, movimentação física para os pacientes.
- 42) É preciso avançar em relação ao “perfil do trabalho a ser realizado de acordo com o perfil dos pacientes” (que apresentam condições de saúde-doença mais complexos).
- 43) O serviço de fisioterapia é importante para a movimentação e estímulo de exercícios para os pacientes dependentes.
- 44) Estrutura física com “bate-macas” e barras de apoio no ambiente hospitalar são importantes para os pacientes com déficit visual e motor.

- 45) A equipe de enfermagem aborda as necessidades psíquicas e sociais dos pacientes ao estimular a autonomia, autocuidado e motivação durante a hospitalização.
- 46) Outros profissionais de saúde, como a psicóloga e a assistente social também atuam visando a suprir as necessidades psíquicas e sociais dos pacientes.
- 47) O enfermeiro pode perceber as necessidades espirituais dos pacientes e encaminhar/orientar/ ou buscar prover. Para isso, é importante a política e estrutura hospitalar oferecer ambientes e a possibilidade de os pacientes suprirem suas necessidades espirituais, religiosas e de crenças no período da internação.
- 50) É urgente melhorar a dinâmica de realização dos rodízios de aplicação de insulino terapia.
- 51) É urgente fomentar formas para o trabalho conjunto/compartilhado entre enfermeiras do setor de internação e enfermeira do ambulatório.
- 52) É preciso melhorar o déficit de pessoal. Repensar o redimensionamento dos diversos profissionais, não só da enfermagem, para a redistribuição de tarefas/funções.
- 53) Enfermeiro deve estar mais próximo da atividade de assistência direta ao paciente.
- 54) Fomentar a intercomunicação/ compartilhamento da assistência entre os pontos da rede do Sistema de Saúde.

ENTREVISTA 02

- 1) As rotinas de enfermagem deveriam ser construídas de forma coletiva envolvendo enfermeiros e técnicos de enfermagem, visando à corresponsabilidade em manter um nível de assistência adequado.
- 2) A equipe de técnicos de enfermagem precisa estar ciente/ informada/ ter conhecimento da importância de cada rotina, pois ao compreender o “por quê” das suas ações, as rotinas não serão negligenciadas.
- 3) Idem 1.
- 4) Realizar capacitações para profissionais da enfermagem NÃO é a forma ideal de construir conjuntamente as melhores práticas, pois as pessoas, de maneira geral, não gostam de participar de capacitações.
- 5) Os técnicos de enfermagem deveriam ter noção de corresponsabilidade com os pacientes. Essa noção deveria ser construída no dia-a-dia perante as ações dos enfermeiros.
- 6) É importante que o enfermeiro realmente trabalhe em equipe com os técnicos de enfermagem; conheça suas características (forma que trabalha, personalidade); e promova discussões sobre o trabalho realizado. É preciso tempo para poder ouvir/conversar/discutir.

- 7) É preciso mais diálogo e discussão entre enfermeiros e equipe de enfermagem sobre a assistência aos pacientes.
- 8) Idem 7.
- 9) A avaliação dos pés de pessoas com DM (teste do pé) deveria ser feita pelas enfermeiras no setor de internação.
- 10) Enfermeiras deveriam dar atenção aos pés dos pacientes durante a passagem de visita.
- 11) Enfermeiros deveriam realizar o exame físico mais detalhado e atentar aos locais de aplicação subcutânea de insulina.
- 12) Equipe de enfermagem deve saber claramente quais são os sinais de hipo e hiperglicemia.
- 13) É preciso olhar os pés dos pacientes com DM e atentar para lesões e sensibilidade.
- 14) Idem 9.
- 15) Deveria primeiramente instituir a rotina de avaliação dos pés durante a passagem de visita das enfermeiras e, quando esta rotina estiver bem consolidada, poderia então inserir o kit de testes para o pé da pessoas com DM.
- 16) Seria ideal que todos os pacientes com DM, que utilizam insulino terapia em casa, realizassem auto aplicação de insulina durante a internação, com supervisão de profissional de enfermagem, sendo esse um momento de aprimoramento da prática do procedimento técnico ou atualização dos conhecimentos do paciente.
- 17) Seria ideal que a prescrição médica de insulino terapia fosse adequada/individualizada conforme as necessidades dos pacientes.
- 18) Idem 16.
- 19) Maior interação, conversa, discussão entre médico-enfermeiro.
- 20) Idem 19.
- 21) Idem 19.
- 22) O impresso de registro dos valores do HGT, correções e horários é ideal, pois é prática, adequada, possibilita a avaliação e relacionamento dos valores com as dietas e medicações recebidas.
- 23) A aceitação da dieta pelo paciente deveria ser registrada. Deveria existir uma forma padronizada para todos os profissionais de saúde compreenderem da mesma forma/ interpretarem se a aceitação foi “pequena, moderada/média ou total”.
- 24) Nas evoluções, deveriam ser melhor discutidos, avaliados, associados os “acontecimentos” (ex. cuidados prescritos e respostas; administração de medicações e respostas; aceitação da alimentação e valores de HGT).

25) Falta tempo para a elaboração do registro de enfermagem ou para a sistematização de enfermagem mais “racional/pensada/refletida”. Assim, seria ideal que o enfermeiro disponibilizasse de tempo hábil para a sistematização de enfermagem mais adequada.

26) Idem 25.

27) Enfermeiros devem realizar uma boa evolução do paciente, com destaque na Análise, onde se associam as informações obtidas no “S” e no “O”.

28) Idem 27.

29) Protocolos não são adequados para a assistência aos pacientes, não se deve generalizar os pacientes. Protocolos são específicos para problemas que exigem intervenção. O ideal para a assistência aos pacientes é ter “princípios”, que devem ser respeitados.

30) Deveria haver discussão entre a equipe de saúde sobre os planos terapêuticos para os pacientes.

31) O paciente deveria ter autonomia de participar das decisões terapêuticas sobre sua condição de saúde.

32) Idem 30.

33) Idem 31.

34) Equipe de saúde hospitalar básica/essencial para o cuidado do paciente com DM: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social. Outros profissionais poderiam participar, se necessário, como fono ou fisio.

35) As reuniões entre a equipe multidisciplinar deveriam ocorrer diariamente, em sala reservada e com tempo hábil para conversa/discussão de casos dos pacientes, visando à melhor comunicação entre os profissionais.

36) Idem 35.

37) O ambulatório de cuidado de enfermagem aos pacientes com DM dá apoio aos setores de internação.

38) Pacientes com DM deveriam ser encaminhados ao ambulatório de DM durante a internação.

39) Deveria ser mais divulgado o trabalho do ambulatório, para que os enfermeiros que trabalham no setores de internação tomassem ciência do apoio que possuem e de como usufruí-lo.

40) A educação em saúde no ambiente hospitalar deveria iniciar-se durante o Histórico de enfermagem, com levantamento detalhado das necessidades/ problemas do paciente.

41) A educação em saúde deve ocorrer diariamente no setor de internação.

42) Idem 41.

- 43) Todos os profissionais de saúde podem realizar educação em saúde, no entanto, o enfermeiro realiza essa atividade com foco mais específico, mais científico, como algo inerente à sua práxis.
- 44) Enfermeiro deveria poder solicitar Parecer a especialista, visando à avaliação mais específica de determinada situação apresentada pelo paciente. No entanto, o enfermeiro deveria ser rigoroso e registrar melhor suas condutas/ análises da evolução do paciente.
- 45) Enfermeiros deveriam solicitar Parecer a especialistas formalmente, com uma requisição escrita (não somente informal, verbal).
- 46) Pacientes com DM deveriam ser avaliados/ encaminhados às especialidades médicas: oftalmo, nefro, cirurgia vascular e endócrino, visando a uma assistência em saúde mais integral (“redondinho”) de acordo com as possíveis complicações que estes pacientes podem desenvolver.
- 47) É necessário tempo disponível para que o enfermeiro do hospital realize a contra referência através de contato telefônico com o posto de saúde.
- 48) É necessário desenvolver a cultura/ hábito/ rotina da realização de referência e contra referência .
- 49) É preciso refletir/ rever a teoria de enfermagem utilizada na instituição hospitalar visando a atualizar conforme a realidade vivenciada e transformar a cultura institucional.
- 50) A referência e a contra referência poderiam ocorrer via telefone, entre enfermeiras (hospital-posto de saúde), visando a atuar de forma compartilhada (“nós”).
- 51) Associado ao contato telefônico, poderia ser realizado um registro escrito (carta) com o sumário da alta do paciente para o encaminhamento ao posto de saúde.
- 52) Seria ideal ter uma equipe multidisciplinar, que realizaria discussões diárias do plano terapêutico dos pacientes, e todos os profissionais estariam cientes da provável alta hospitalar. Assim, haveria tempo hábil para desenvolver uma “carta de transferência” ou “sumário de alta”, contendo o que ocorreu durante a hospitalização e as necessidades do paciente, para o encaminhamento ao posto de saúde, visando à continuidade da assistência.
- 53) A quantidade de alimentação oferecida aos pacientes deveria ser “individualizada”, conforme hábito domiciliar. Enfermeiro deveria supervisionar e registrar a aceitação alimentar dos pacientes com DM.
- 54) Deveria haver controle da hidratação oral do paciente com DM e associar com o habitual (é preciso conhecer o hábito do paciente) ou sintomatologia da descompensação do DM.

- 55) Instituição hospitalar deveria prover recursos para a equipe de enfermagem realizar o controle hídrico adequado (garrafas de água e não em jarras, pois a equipe da copa muitas vezes não enche completamente as jarras)
- 56) Deveria haver controle de diurese para pacientes com DM, visando a acompanhar/atentar o funcionamento renal.
- 57) Enfermagem deve proporcionar ambiente adequado para o sono e para o repouso dos pacientes, realizando a ronda noturna para supervisionar se o paciente está tendo sono de qualidade.
- 58) Deveria haver profissional da educação física no ambiente hospitalar para realizar atividades físicas com os pacientes.
- 59) Deveria haver uma área específica no ambiente hospitalar onde os pacientes pudessem caminhar com segurança.
- 60) Enfermeiro deve estimular a deambulação aos pacientes, mesmo que somente no corredor do setor. Deve estimular/motivar diante de pequenos avanços na mobilidade, estimular, por exemplo a arrumar a cama, como forma de manter a independência nas atividades diárias.
- 61) As anotações complementares dos técnicos de enfermagem deveriam ser mais completas e detalhistas ao descrever situações ou lesões dos pacientes. As enfermeiras deveriam ler esses registros, e refletir/raciocinar sobre a evolução do paciente.
- 62) A frequência de verificação do HGT deveria ser individualizada, de acordo com a necessidade de cada paciente.
- 63) Enfermeiros deveriam prescrever o controle de HGT e de sinais vitais, de acordo com as necessidades de cada paciente.
- 64) Enfermeiro deveria atentar/ questionar a acuidade visual do paciente com DM e, se necessário, encaminhar ao médico oftalmologista.
- 65) A infraestrutura do ambiente hospitalar deveria ser pensada visando à segurança física dos pacientes. Deveria haver corrimão/barras que garantissem segurança no trajeto da cama até o banheiro.
- 66) Barras de segurança no banheiro, ao lado da pia, vaso sanitário e chuveiro, como apoio para os pacientes.
- 67) Enfermeiros deveriam questionar e compreender a rede de apoio (familiares, posto,...) dos pacientes desde o início da internação.
- 68) Enfermeiro deve compreender o que o paciente pensa sobre ele e sua doença, suas percepções e medos.
- 69) Enfermeiros deveriam compreender as percepções do paciente e dar a possibilidade de escolhas; e atentar ao estado psicológico do paciente, que pode estar afetando o controle glicêmico.
- 70) O paciente deveria ser empoderado com informação, deveria saber das coisas que acontecem com ele e ter o poder de decidir as condutas.

- 71) Equipe de saúde deveria explicar muito bem/linguagem clara aos pacientes a situação de saúde-doença para que os pacientes pudessem realizar a tomada de decisão sobre si.
- 72) Idem 71.
- 73) Idem 71.
- 74) Faz parte da atenção às necessidades psíquicas dos pacientes fomentar o empoderamento e autonomia dos pacientes.
- 75) O cuidado relacionado às necessidades espirituais do paciente envolve seu empoderamento ao possibilitar que o paciente tenha as próprias decisões.
- 76) A instituição hospitalar deveria ter estrutura para prover cultos das diversas religiões/crenças, como uma capela ecumênica, com dias e horários das celebrações e divulgação desse cronograma.
- 77) É urgente a avaliação dos pés das pessoas com DM no setor de internação.
- 78) É urgente a melhoria do rodízio da aplicação subcutânea de insulina (“para ser realizado de fato”).
- 79) É urgente que a equipe de enfermeiros realize a supervisão dos técnicos de enfermagem, visando à realização adequada da insulino terapia.
- 80) Idem 77.

ENTREVISTA 03

- 1) Enfermeiro toma conhecimento do diagnóstico do paciente na passagem de plantão via telefone (enfermeiro-enfermeiro) e/ou ao conversar com o paciente durante o Histórico de Enfermagem.
- 2) A enfermeira do ambulatório de endocrinologia está mais atualizada e possui maior foco nos cuidados/orientações sobre o diabetes.
- 3) É preciso desenvolver a rotina de orientações de enfermagem para os pacientes. Enfermeiras dos setores de internação têm condições (conhecimento e número de profissionais adequado) para a realização de orientações aos pacientes.
- 4) O cuidado ideal no ambiente hospitalar inicia-se no ato da admissão (chegada ao setor de internação), visando a evitar reinternações.
- 5) Enfermeiras poderiam reunir-se para definir conjuntamente a rotina de orientações (melhor horário, grupos ou individuais).
- 6) Realização de grupos, pois, ao reunir os pacientes, gera-se troca de experiências e discussão.
- 7) É importante o familiar acompanhar/ estar junto durante as orientações às pessoas com diabetes.

- 8) Adequar os horários de orientações para os horários em que os familiares podem estar presentes (ex. noites ou fins de semana).
- 9) Deve ser discutida entre as enfermeiras a questão de criar rotinas de orientações ou criar dinâmicas de grupo para pacientes com diabetes.
- 10) Equipe de enfermagem deve cumprir de fato as rotinas de cuidados de enfermagem existentes.
- 11) Seria ideal implementar grupos para pacientes com DM no ambiente hospitalar.
- 12) Orientação e capacitação para os funcionários novos da equipe de enfermagem (recém-admitidos) sobre as rotinas de cuidados às pessoas com diabetes.
- 13) Implementar capacitações/orientações rápidas, em torno de 10-15 minutos no ambiente de trabalho, visando à educação continuada.
- 14) Melhorar a comunicação entre enfermagem, coletadores de sangue do laboratório e equipe de nutrição em relação ao horário de coleta de sangue, horário da oferta das refeições e horário de aplicação da insulina subcutânea, visando a que estes serviços funcionem em sincronia.
- 15) O registro/anotação dos cuidados de enfermagem realizados aos pacientes com diabetes deve constar na Evolução de Enfermagem (enfermeiro) e nas Observações complementares (técnicos de enfermagem).
- 16) Importante constar na Evolução de enfermagem informações sobre o aspecto do abdômen e aceitação alimentar dos pacientes.
- 17) Idem 15.
- 18) Idem 12.
- 19) Repensar o redimensionamento de funcionários, pois para a realização fidedigna de algumas rotinas é preciso ter número de funcionários na equipe de enfermagem adequado.
- 20) Pode ser interessante instituir/construir um protocolo para o rodízio de aplicação de insulina subcutânea, visando ao cuidado de enfermagem de excelência.
- 21) Equipe multiprofissional deve ser formada através da utilização dos recursos da instituição onde trabalha.
- 22) São profissionais importantes no cuidado ao paciente com DM: médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social e especialidades médicas como vascular, oftalmologista e outros, conforme as necessidades desencadeadas pela doença.
- 23) Deve haver reunião da equipe multidisciplinar para discutir casos clínicos.

- 24) Deve haver vínculo com o ambulatório visando ao acompanhamento do paciente com DM; ambulatório é um setor de apoio para o setor de internação.
- 25) Deve haver comunicação com o posto de saúde visando ao encaminhamento e ao acompanhamento do paciente com DM; posto de saúde é um setor de apoio.
- 26) Enfermeiro do ambiente hospitalar deve conhecer o funcionamento da rede de saúde e comunicar-se com os enfermeiros dos postos de saúde.
- 27) Enfermeiro do posto de saúde deve conhecer o funcionamento da rede de saúde e comunicar-se com os enfermeiros do ambiente hospitalar. (Vice-e-versa do item 26).
- 28) A Universidade poderia promover o link de comunicação entre “o hospital” e o “posto de saúde” através dos estágios acadêmicos.
- 29) Grupos de pesquisa da Universidade poderiam pensar em maneiras de realização da referência e contra referência.
- 30) Os encaminhamentos aos especialistas poderia ser feito via ambulatório, através de agendamento.
- 31) Acompanhamento com especialista deve ser promovido via ambulatório.
- 32) O encaminhamento do paciente para as especialidades médicas pode ser sugerido pelo enfermeiro, mas deve ser realizado “burocraticamente” de médico para médico.
- 33) Enfermeiro tem capacidade para lutar pela autonomia / para a conduta de encaminhamentos médicos, mas é preciso quebrar o tabu.
- 34) É função da equipe de enfermagem observar a aceitação alimentar do paciente e registrar (ex. um terço da dieta, totalmente).
- 34) Observação da aceitação da dieta engloba oferecer, insistir e orientar.
- 35) A aceitação alimentar deve estar registrada nas Evoluções de Enfermagem e Anotações Complementares.
- 36) Paciente deve ser bem orientado para estar atento à própria hidratação e a alterações relevantes.
- 37) É importante prescrever e registrar as eliminações fisiológicas dos pacientes com DM.
- 38) Mobilidade e atividade física para o paciente hospitalizado é difícil, pois os pacientes estão debilitados. Devem ser realizadas as orientações das atividades físicas para a alta.
- 39) Rotina para atividade física: Ter um profissional específico e horário específico para acompanhar a prática de atividade física do paciente independente dentro do ambiente hospitalar.

40) Idem 39.

41) Fisioterapeuta deve estar engajado na equipe de saúde para a mobilização dos pacientes dependentes.

42) A equipe de enfermagem deve manter os cuidados de mudança de decúbito/ reposicionamento, cuidados com pele, hidratação da pele como cuidados que visam à mobilização dos pacientes dependentes.

43) Ouvir e valorizar as queixas/necessidades dos pacientes e comunicar ao médico, visando a encaminhamentos e à avaliação.

44) Visando à segurança física, a enfermagem deve realizar cuidados individualizados a cada paciente, como: auxílio na deambulação, grades nas camas, auxílio no banho, cuidados com sapatos apertados, lesões de pele.

45) Estimular o envolvimento da família no cuidado da pessoa com diabetes.

46) Orientação aos familiares ou rede de apoio sobre cuidados com a pessoas com diabetes (dieta, insulina, outras medicações, hipoglicemia).

47) Solicitar apoio do serviço social na busca de familiares para envolvê-los/orientá-los quanto aos cuidados com o paciente.

48) As necessidades psíquicas são individuais a cada paciente. O enfermeiro deve perceber a necessidade do paciente e convidar outros profissionais, como a psicóloga, para compartilhar o cuidado a esse paciente.

49) É preciso aprimorar os conhecimentos sobre as necessidades espirituais dos pacientes para abordar o tema e desenvolver cuidados de enfermagem mais consistentes.

50) É urgente melhorar a rotina do cuidado de enfermagem da insulinoterapia, envolvendo: compromisso da equipe de enfermagem e horários de aplicação.

51) Desafio: Repensar como reunir o grupo de pessoas da equipe de enfermagem para “falar sobre o assunto”, conscientizar e orientar as rotinas de cuidados com as pessoas com diabetes.

52) O enfermeiro da unidade de internação deve buscar meios de melhorar a supervisão da equipe de enfermagem e corrigir as falhas.

53) A equipe de enfermeiros deve ser homogênea e concisa em relação às condutas, à supervisão e ao seguimento das rotinas.

ENTREVISTA 04

1) Enfermeira do setor toma ciência que o paciente possui DM no momento da admissão, onde o paciente relata suas comorbidades; e/ou no momento do Histórico de enfermagem.

- 2) É preciso aprimorar as Prescrições de enfermagem para os pacientes com DM, incluindo QUAIS são os sintomas de hipo e hiperglicemia a serem observados pela equipe de enfermagem.
- 3) Equipe de técnicos de enfermagem precisam de capacitações específicas sobre Diabetes.
- 4) Deveria ser realizada educação em saúde para o autocuidado no pós-alta (envolvendo a continuidade dos cuidados, medicação, lesão...).
- 5) Deveria haver uma equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar para o cuidado dos pacientes com DM.
- 6) É importante o trabalho interdisciplinar na assistência ao paciente com DM no ambiente hospitalar, incluindo nutricionista e psicóloga.
- 7) Poderia ser entregue ao paciente algum tipo de instrumento/questionário ou folder breve de linguagem clara e fácil entendimento com perguntas sobre o diabetes, para que ele perceba as dúvidas que podem surgir e que sejam sanadas enquanto está hospitalizado (ex. questões sobre alimentação, lesões, o que mudou na vida após descobrir o DM).
- 8) Poderia ser realizado um breve Histórico focado no diabetes, visando a obter sinais de alerta sobre as necessidades de cuidados para o paciente.
- 9) Idem 8.
- 10) Deveria haver grupos/encontros de pacientes com DM.
- 11) Educação em saúde poderia ser realizada durante o Histórico de enfermagem, levantando necessidades e buscando solucionar os problemas.
- 12) É preciso uma forma dinâmica, educativa (folder?) e de fácil entendimento para explicar aos pacientes o descontrole glicêmico diante do pré e pós operatório, pois é comum nessas situações estes pacientes ficarem preocupados, estressados, ansiosos.
- 13) É importante entregar aos pacientes folders educativos, pois durante a internação eles costumam ler (para preencher tempo ocioso). Com a leitura e o conhecimento adquirido, surgem novas dúvidas para as enfermeiras esclarecerem.
- 14) Deveria ser realizado o histórico de enfermagem (mais geral), o breve histórico mais específico sobre o diabetes e entregue um material educativo. Nas visitas subsequentes, as enfermeiras perguntam sobre o que leu e quais as dúvidas. Assim, a educação em saúde ocorrerá ao longo da internação e não somente no último dia antes da alta.
- 15) Deveriam ser realizados grupos com pacientes com DM, em uma sala da instituição hospitalar, com a participação de diversos profissionais da saúde, como nutricionista, psicólogo, enfermeiro.

16) O enfermeiro é quem deveria coordenar os grupos de pacientes com DM, mas outros profissionais poderiam participar.

17) O Paciente deveria ser educado/empoderado para reconhecer os sintomas de hipo e hiperglicemia.

18) A frequência ideal de verificação do HGT seria de duas em duas horas (para todos os pacientes com DM).

19) são registros importantes de enfermagem: prescrição de enfermagem, histórico, “breve histórico/inquérito de DM”, poderia ser realizado também um “breve histórico de HAS”; os valores de HGT com horário e quantidade das unidades de insulina de correção.

20) O impresso de controle glicêmico poderia ter um espaço/campo a mais para registrar todas as insulinas administradas (não apenas as de correção, como é hoje), visando dar um panorama geral sobre a insulinoterapia recebida associada aos valores glicêmicos).

21) Idem 20.

22) Enfermeiro deve orientar os técnicos de enfermagem a realizar mais vezes o controle de HGT quando o paciente está instável/com descontrole glicêmico, e todos os valores e horários devem ser registrados.

23) A educação em saúde realizada no dia-a-dia deve ser registrada na evolução do paciente pela enfermeira.

24) Deveria haver um protocolo de cuidados perioperatório para os pacientes com DM (ex. em jejum, deve administrar ou não a insulina, o que fazer diante de episódios de hipoglicemia, etc).

25) Idem 24.

26) Idem 24.

27) Seria ideal que os pacientes com DM fossem os primeiros a realizar a cirurgia no dia previsto (em relação à ordem de cirurgias no Centro Cirúrgico), visando a evitar longo período de jejum.

28) Deveria haver capacitações para todos os profissionais de saúde sobre Cuidados com pessoas com Diabetes.

29) Profissionais essenciais para fazer parte da equipe de saúde ao paciente com DM: enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista e psicólogo; se necessário, de acordo com a necessidade de cada paciente, outros profissionais da saúde podem compartilhar o cuidado (ex. fonoaudiólogo no caso de disfagia).

30) O contato entre os membros da equipe de saúde deveria ser por comunicação verbal, com discussão dos casos dos pacientes.

31) O ambulatório é um setor de apoio ao setor de internação. Deveria haver marcação de consulta do paciente hospitalizado para o

ambulatório no pós-alta, visando à continuidade do acompanhamento a curto prazo (pois o acompanhamento pelo posto seria a longo prazo).

32) Deveria haver um cronograma ou dia específico na agenda da enfermeira do ambulatório para realizar consulta/orientação ao paciente com DM que está hospitalizado.

33) O enfermeiro do ambulatório de DM, por estar bem capacitado, deveria ter a autonomia de encaminhar o paciente para a equipe médica da endócrino, se necessário.

34) Idem 32.

35) Idem 33.

36) É importante verificar se o paciente tem acompanhamento médico do diabetes no posto de saúde. Se não tiver, deveria iniciar o acompanhamento com o endócrino no ambulatório do hospital.

37) Enfermeiro do setor deveria realizar encaminhamento do paciente para outros profissionais quando necessário (ex. nutricionista, psicóloga), porém, para especialidade médica, deveria ser a enfermeira do ambulatório.

38) O “hospital” deveria conseguir agendar consulta com especialista endócrino para o paciente ter acompanhamento pós-alta no próprio ambulatório do hospital ou no posto de saúde, se este dispuser desse profissional especialista.

39) Idem 38.

40) O paciente deveria ter a alta hospitalar já com a consulta agendada (e não o encaminhamento para o próprio paciente agendar) com endócrino para acompanhamento do diabetes, ou ambulatório do hospital, ou no posto.

41) Outros especialista médicos que poderiam avaliar o paciente para a prevenção de complicações: vascular e oftalmologista.

42) O enfermeiro do setor deveria poder realizar/autonomia para pedir Parecer para médicos especialistas ao perceber as necessidades dos pacientes.

43) Idem 42.

44) A referência e contra referência entre “hospital e posto de saúde” deveria ocorrer via contato telefônico, visando a que o posto dê continuidade da assistência ao paciente que está de alta hospitalar, retornando para a comunidade.

45) O contato “hospital-posto” deveria ser feito de “enfermeira para enfermeira”.

46) No contato enfermeira do hospital – enfermeira do posto, devem ser passadas informações sobre a hospitalização do paciente e necessidades

de cuidado observadas que merecem acompanhamento da equipe do posto.

47) Equipe de enfermagem deve supervisionar a aceitação alimentar do paciente e registrar/ quantificar de forma padronizada (e não apenas “comeu parcialmente”).

48) Quanto à hidratação do paciente, a equipe de nutrição e copa deveriam ter o controle de quanto (garrafa ou jarra) de água foi entregue ao paciente e registrar de forma que os outros profissionais da saúde tomassem ciência.

49) É importante o controle de ingesta hídrica dos pacientes com DM, visando a associar com possíveis quadros de sintomatologia do DM descompensado ou alteração renal.

50) É ideal realizar o controle de diurese em ml dos pacientes com DM, visando a estar atento a complicações renais.

51) Enfermeiro deveria ter autonomia para prescrever medicações naturais para a constipação intestinal dos pacientes com DM, visando a suprir um desconforto/necessidade causada provavelmente por neuropatia autonômica/gastroparesia como complicação do Dm.

52) Deveria ser estimulada pelas enfermeiras a movimentação/ locomoção dos pacientes e a maior hidratação oral diante do desconforto por constipação intestinal, aliados à prescrição de óleo mineral.

53) Enfermeira deveria realizar a observação dos pés dos pacientes com DM e orientar quanto à prevenção de lesões (calçados adequados, meias adequadas).

54) Paciente semidependentes ou dependentes deveriam realizar fisioterapia locomotora, movimentação passiva ou ativa no leito, visando a evitar a resistência insulínica por falta de movimentação/atividade física.

55) Pacientes semidependentes ou dependentes e/ou com lesões nos membros inferiores impossibilitando a deambulação, deveriam ter acompanhamento de fisioterapeuta diariamente.

56) Para atender as necessidades psicossociais dos pacientes é ideal ter o suporte/ acompanhamento do serviço social e do serviço de psicologia.

57) A enfermeira deveria solicitar Parecer para a psicologia ou para o serviço social ao perceber as necessidades do paciente.

58) Enfermeira deveria questionar o paciente durante o Histórico, sobre suas preferências/desejos em relação ao apoio religioso.

59) É urgente aprimorar o impresso do registro de HGT, de maneira que todas as insulinas administradas e todos os valores de HGT sejam registrados, facilitando a compreensão e a associação de fatores durante a avaliação dos profissionais de saúde.

- 60) É urgente o desenvolvimento, de fato, da referência e contra referência entre hospital-posto.
- 61) É urgente o redimensionamento de pessoal; faltam profissionais para o desenvolvimento de atividades/assistência de excelência.
- 62) É urgente....idem 14.
- 63) O “breve histórico de DM/inquérito de DM” deveria pertencer ao prontuário, anexado ao Histórico, pois quando o paciente é transferido de setor, já vem com o Histórico feito. Portanto, esse outro instrumento também já terá sido feito e o paciente já estará com o seu questionário/instrumento educativo em mãos.
- 64) Poderia haver um *checklist* de orientações de enfermagem, com assinatura e carimbo nos itens que foram sendo realizados.
- 65) Idem 64.

ENTREVISTA 05

- 1) Enfermeiro toma ciência do diagnóstico médico de DM do paciente no momento da internação no setor (descrito no prontuário – na AIH ou na prescrição médica “dieta para DM”).
- 2) Equipe médica e de enfermagem precisam organizar/compartilhar os planejamentos para os pacientes, visando a adequar a assistência às demandas de acordo com o provável tempo de internação (Planejamento da alta desde o primeiro dia de internação pela equipe multi).
- 3) Organizar melhor o fluxo durante a internação para realizar o encaminhamento à enfermeira do ambulatório de DM em tempo hábil.
- 4) Enfermagem no ambiente hospitalar visa ao tratamento de lesões e prevenção de lesões, através da educação em saúde (cuidados com unhas, pés e pernas) para o paciente e familiares, orientando a continuidade do cuidado domiciliar.
- 5) É preciso rever a tomada de decisão/conduitas da enfermagem diante das situações delicadas para a correção de insulina, como em casos de jejum para a realização de cirurgias.
- 6) Rever o redimensionamento de pessoal de enfermagem visando à maior disponibilidade de tempo para o enfermeiro realizar cuidado direto/educação em saúde de forma organizada/estruturada para o paciente hospitalizado.
- 7) É legal encaminhar o paciente para o ambulatório, mas é preciso criar um cronograma ou agendamento prévio (rever o fluxo).
- 8) Enfermeira do setor de internação deve interagir com o paciente a respeito da consulta de enfermagem do ambulatório, visando a potencializar a educação em saúde.

- 9) É importante realizar a referência e contra referência, mesmo que o paciente resida em outro município, visando à continuidade da assistência. (Repensar o “como” fazer...).
- 10) idem 6.
- 11) Poderia haver uma enfermeira específica (não a responsável pelo turno/setor) para focar na educação em saúde de pacientes com DM e conduzir grupos no ambiente hospitalar.
- 12) Os grupos para pessoas com DM poderiam contar com equipe de saúde multiprofissional para realizar as orientações.
- 13) O registro das atividades desenvolvidas pela enfermagem deve permanecer dentro do modelo já utilizado - SOAP.
- 14) É importante registrar no prontuário do paciente todas as ações de enfermagem, como: valores de HGT, administração ou não de insulina, sintomas, características das lesões.
- 15) É difícil registrar no SOAP a questão educativa, por exemplo, se o paciente compreendeu a orientação (orientação dada e respostas do paciente). É preciso repensar a forma de registro da educação em saúde.
- 16) É importante utilizar protocolos assistenciais, pois uniformizam as condutas profissionais em determinadas situações.
- 17) Seria ideal a implementação de outros protocolos além do existente, como: o rodízio de insulina; cuidado com feridas; e cuidados com pés das pessoas com DM, visando à melhoria da assistência.
- 18) Redimensionamento de pessoal de todas as disciplinas da equipe multi. É insuficiente “um” profissional de cada disciplina por setor de internação. (“não falta variedade, falta quantidade”)
- 19) Seria ideal que a equipe da endócrino acompanhasse todos os pacientes com DM hospitalizados em conjunto com a equipe médica assistente/responsável.
- 20) O Parecer deveria ser realizado por qualquer profissional da equipe de saúde que perceba a necessidade da avaliação/opinião de outro profissional sobre determinada demanda/situação do paciente.
- 21) Seria o ideal que, a partir do momento que internasse um paciente com DM, uma equipe multi assumisse conjuntamente/ de forma compartilhada, realizando avaliação, prescrição e discussão conjunta = interdisciplinaridade.
- 22) Setores que podem dar apoio ao setor de internação hospitalar: ambulatório e posto de saúde (responsável pela área onde o paciente reside).
- 23) É preciso repensar o fluxo e a comunicação entre ambiente hospitalar e atenção básica. Buscar formas de concretizar a referência e a contra referência idealizada pelo SUS.

- 24) Idem 23.
- 25) “Hoje” a forma ideal de comunicação entre “hospital” e “atenção básica” é via telefone.
- 26) Em relação à nutrição do paciente com DM, a enfermagem deve compartilhar com a nutrição a assistência em saúde, discutir as preferências do paciente, ambas realizam a orientação da dieta. Enfermagem deve atentar à aceitação alimentar do paciente.
- 27) Idem 26.
- 28) Enfermagem deve estimular a hidratação via oral e realizar educação em saúde em relação aos cuidados com a pele (hidratação da pele).
- 29) Enfermagem deve estar atenta às eliminações vesicais dos pacientes com DM (características).
- 30) Enfermagem deve estar atenta aos pacientes com risco de hipoglicemia na madrugada para “não confundir hipoglicemia com sono”.
- 31) enfermagem deve atentar ao controle adequado da dor de pacientes com lesões, visando ao conforto para o sono e para o repouso.
- 32) O cuidado de excelência que visa à locomoção adequada/segurança do paciente deve contar com boa estrutura física da instituição hospitalar (portas largas, cadeiras de banho).
- 33) Importante alterar a estrutura física visando a um ambiente/área segura para estimular a locomoção/deambulação dos pacientes.
- 34) Fisioterapeuta é um importante suporte para o estímulo/acompanhamento da locomoção dos pacientes.
- 35) Enfermagem deve manter o ambiente organizado e com objetos ao alcance dos pacientes com DM que possuem déficit visual.
- 36) Estrutura do ambiente hospitalar ideal: quartos espaçosos, no máximo 2 pacientes por quarto, espaço para acompanhantes, banheiro e portas amplas, ausência de degraus.
- 37) O acompanhante é importante auxiliar diante das questões psíquicas, pois promove segurança emocional aos pacientes.
- 38) A psicóloga auxilia nas questões/ necessidades psíquicas do paciente.
- 39) É ideal promover a interação entre os pacientes, visando à mobilidade, à locomoção e à troca de experiências.
- 40) Seria ideal ter um espaço/área de lazer para os pacientes com atividades educativas. Sugestões: TV com filmes, vídeos de orientação em saúde, sala de leitura, música.
- 41) Estrutura física voltada para a prática da religiosidade de cada um (espaço ecumênico).

42) Possibilitar a entrada de representantes religiosos que realizassem visitas agendadas no ambiente hospitalar (com cronograma – rotina).

43) É preciso melhorar a rotina de realização dos rodízios de insulinoterapia.

44) É urgente insistir e melhorar a questão da referência e da contrarreferência, envolvendo o setor de internação, ambulatório e atenção básica. “Não deixar o paciente sair sem pelo menos uma orientação do enfermeiro especialista”.

45) É urgente melhorar o quantitativo de enfermeiros.

46) É urgente melhorar a educação em saúde e a promoção da saúde no ambiente hospitalar.

ENTREVISTA 06

1) Enfermeiras devem tomar ciência do diagnóstico médico do paciente (diabetes) no momento da admissão no setor.

2) Deve haver um número adequado de profissionais de enfermagem de acordo com o número específico de pacientes, então o HGT poderá ser feito adequadamente/no horários certos.

3) O cuidado integral é uma maneira excelente de cuidar dos pacientes hospitalizados porque permite uma visão completa da condição do paciente.

4) O número de verificações do HGT deveria ser de acordo com a necessidade de cada paciente.

5) No hospital, os pacientes e familiares devem ser orientados sobre a importância da dieta e mudança do estilo de vida.

6) Orientações e educação em saúde podem ser feitas no hospital e continuadas na atenção primária.

7) Todos os membros da família precisam de orientação sobre os cuidados da diabetes.

8) Deveria ser feita orientação sobre os cuidados com as pernas e pés para prevenir as complicações do DM.

9) Orientações dinâmicas poderiam ser feitas em um grupo de DM semanalmente com os pacientes de todos os setores (um grande grupo ou vários pequenos grupos).

10) O paciente deveria ser orientado e acompanhado tanto no hospital quanto na atenção primária.

11) Outros profissionais de saúde poderiam participar dos grupos de diabetes para realizar educação em saúde para os pacientes.

12) Os pacientes devem se sentir confortáveis para participar nos grupos.

13) Os grupos de pessoas com diabetes é importante para os pacientes perceberem que outras pessoas vivem com a mesma condição de saúde e podem trocar experiências.

14) Para melhorar os níveis de glicose sanguínea dos pacientes é importante ter atividades físicas e mentais no hospital para ocupar o tempo ocioso.

15) Grupos de educação em saúde são importantes no ambiente hospitalar.

16) O rodízio de administração de insulina subcutânea é um importante cuidado de enfermagem que deveria ser realizado, de fato, pela equipe de enfermagem.

17) A equipe de enfermeiras deveria ser mais rigorosa e precisa nas prescrições de enfermagem sobre o rodízio de insulina. A equipe de técnicos de enfermagem deveria entender a importância de seguir estritamente a prescrição de enfermagem.

18) São importantes prescrições de enfermagem: realizar o rodízio na administração da insulina subcutânea; observar e comunicar sintomas de hipo e hiperglicemia; realizar cuidados com os pés, como cortar as unhas e hidratação.

19) Os cuidados de enfermagem que são importantes registrar no prontuário: as características da lesão e curativo; valores da glicose ou seja, se o paciente apresentou hipo ou hiperglicemia e se ele necessitou de insulina extra ou não; rodízio de insulina subcutânea.

20) A Evolução do paciente é uma boa maneira de registrar o trabalho da enfermeira e manter a comunicação com as outras enfermeiras.

21) O ambulatório de DM deveria ter um dia na semana para receber os pacientes de qualquer setor, realizar orientações/educação em saúde, fazendo um agendamento prévio.

22) Enquanto o pacientes está no ambiente hospitalar, o ambulatório de DM pode dar algumas orientações. Após a alta hospitalar, o paciente retornará à atenção primária.

23) Na rotina do setor, as enfermeiras podem dar orientações breves para responder as perguntas dos pacientes, esclarecer dúvidas com linguagem fácil.

24) Idem 21 e 22.

25) As enfermeiras estão sobrecarregadas com as diversas atividades administrativas, há falta de tempo para cuidar/estar com os pacientes. O ideal seria ter mais profissionais para compartilhar as atividades.

26) Outros serviços ou setores, como o ambulatório por exemplo, poderiam ajudar a melhorar o cuidado de enfermagem para os pacientes

hospitalizados. O ambulatório poderia ajudar coordenando os grupos de DM.

27) O serviço social (assistente social), nutrição (nutricionistas) e psicologia (psicólogos) são suportes importantes para a equipe de saúde e para o cuidado de saúde dos pacientes.

28) O médico responsável pelo paciente no setor (de qualquer especialidade) deveria ter o suporte do endocrinologista no cuidado aos pacientes com DM.

29) O médico (de qualquer especialidade) também deveria estar envolvido com a equipe de saúde.

30) Uma forma de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde poderia ser com reuniões ou visitas multidisciplinares, onde todos os profissionais de saúde poderiam ter uma boa visão de todos os aspectos sobre as condições do paciente.

31) As visitas multidisciplinares poderiam ocorrer duas vezes na semana, junto ao leito dos pacientes, com todos os profissionais de saúde disponíveis para fazer isso.

32) Enfermeiras deveriam estar bem preparadas/atualizadas para discutir os casos dos pacientes com outros membros da equipe de saúde, trabalhando juntos para melhorar a atenção em saúde.

33) Deve haver o contato entre o hospital e a atenção primária (por telefone ou carta). A unidade básica de saúde deve saber/ficar ciente que o paciente estava hospitalizado e está retornado para a comunidade.

34) Deveria haver um modelo de encaminhamento escrito do hospital (unidade de internação) para a unidade básica de saúde com informações como: quando e por que o paciente foi admitido, o que aconteceu, medicações que recebeu, o modo como as coisas foram feitas, quando o paciente saiu do hospital e prescrição médica.

35) Profissionais de saúde das unidades básicas e do hospital poderiam compartilhar experiências e informações sobre os cuidados dos pacientes para melhorar a atenção em saúde.

36) A fim de melhorar os cuidados de enfermagem para os pacientes com DM, as enfermeiras deveriam aprender sobre os exames laboratoriais (saber se há baixa ou excesso de proteína, por exemplo).

37) A fim de melhorar os cuidados de enfermagem aos pacientes de DM, as enfermeiras deveriam supervisionar a aceitação alimentar dos pacientes.

38) Seria interessante realizar o controle de ingesta hídrica dos pacientes através do número de garrafas de água consumida.

39) É importante ter o controle de eliminações realizados pela equipe de enfermagem, como parte da avaliação.

- 40) A estrutura física adequada é importante para o sono e repouso dos pacientes.
- 41) Familiares e visitas são muito importantes para a segurança do paciente. A estrutura física deveria ser adequada para acomodar os familiares no quarto.
- 42) Estrutura física adequada é importante para a segurança do paciente (luminárias, barras de apoio, piso, cadeira de banho e outros).
- 43) Fisioterapeutas podem melhorar o cuidado aos pacientes hospitalizados ajudando nas atividades físicas e mobilidade dos pacientes.
- 44) Seria importante que as enfermeiras pudessem solicitar Pareceres, como uma forma de comunicação com os outros profissionais de saúde.
- 45) Grupos de atividades físicas coordenadas por fisioterapeutas poderiam ajudar os pacientes a realizar atividades simples, movimentos e habilidades.
- 46) Grupos de atividades físicas coordenadas por fisioterapeutas poderiam ajudar os pacientes a realizar alongamentos, exercícios de respiração e estimular coordenação motora.
- 47) O hospital poderia oferecer jogos (como por exemplo, palavras cruzadas) para estimular o intelecto do paciente.
- 48) É importante ter no ambiente hospitalar espaços para cultos ecumênicos.
- 49) Seria necessário que as enfermeiras tivessem mais tempo disponível para realizar o Histórico de Enfermagem completo.
- 50) Enfermeiras devem identificar as necessidades dos pacientes e buscar atender seus pedidos.
- 51) É importante um estreitamento da equipe multidisciplinar com boa sintonia entre os membros da equipe.
- 52) O ambiente hospitalar deveria ter mais profissional de saúde para melhorar os cuidados.
- 53) Idem 25.

ENTREVISTA 07

1) Enfermeiro toma ciência de que o paciente possui diabetes no momento da internação no setor, de três diferentes maneiras (isoladas ou associadas): passagem de plantão pelo enfermeiro da unidade anterior, descrito no prontuário pelo médico ou pelo relato do paciente durante a visita/conversa.

- 2) Seria ideal ter um protocolo para a assepsia na punção/verificação da glicemia capilar, seguindo as orientações da Sociedade Brasileira de DM.
- 3) Implementar a realização dos testes específicos para pessoas com DM, como, por exemplo, a sensibilidade plantar, a glicosúria, a serem realizados no ambulatório.
- 4) Dimensionamento de pessoal – uma enfermeira com expertise em DM para atuar nos setores de internação, somente com essa função (acompanhamento do paciente com DM) e integrada à equipe de saúde para discutir os casos.
- 5) Equipe multiprofissional hospitalar para o cuidado às pessoas com DM: psicologia, enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, serviço social, farmácia.
- 6) A comunicação/relacionamento entre os membros da equipe multidisciplinar poderia acontecer através de reuniões multiprofissionais regulares.
- 7) O ambulatório é um setor que poderia dar apoio/suporte ao cuidado desenvolvido ao paciente com DM na internação hospitalar através de capacitações, divulgação de informações semanais ou mensais, com informações no site da instituição. A enfermeira do ambulatório poderia visitar os pacientes internados uma vez por semana e participar das reuniões multiprofissionais.
- 8) Seria ideal oferecer educação continuada a cada seis meses ou atualizações conforme os conteúdos das sociedades ou associações especialistas em DM aos profissionais de saúde.
- 9) É importante a educação em saúde no ambiente hospitalar direcionada ao paciente ou o familiar de forma individualizada, respeitando a capacidade cognitiva de cada um, contando com possibilidades de diferentes dinâmicas, como cartilhas ou formas lúdicas (para aqueles que não conseguem ler ou enxergar).
- 10) Fazer grupos para pacientes com diabetes no ambiente hospitalar.
- 11) Grupos para pessoas com DM é importante porque compartilham anseios, dificuldades e informações. Poderiam ser utilizados folderes educativos e cartilhas.
- 12) Grupo para pessoas com DM geralmente é coordenado por enfermeiros.
- 13) Dimensionamento de pessoal – é preciso um enfermeiro específico para conduzir/ coordenar o grupo para pacientes com diabetes (não o enfermeiro responsável pelo setor).
- 14) Idem 13.

- 15) O enfermeiro específico que conduziria/coordenaria o grupo deveria ser capacitado/ focaria seus conhecimentos na assistência às pessoas com DM.
- 16) Desenvolver protocolo sobre as diversas situações específicas em que se administra ou não a insulina prescrita, de forma a respaldar a tomada de conduta do enfermeiro e equipe de enfermagem.
- 17) É preciso fortalecer a referência e a contrarreferência, rever a comunicação entre hospital e Unidade Básica de Saúde.
- 18) O “hospital” pode fazer um documento de contrarreferência para a articulação/ comunicação com a rede básica de saúde.
- 19) Os próprios médicos do hospital poderiam realizar os pedidos de encaminhamentos a especialistas do próprio hospital, visando a facilitar o acesso do paciente à rede de saúde visando para o acompanhamento das complicações causadas pelo DM.
- 20) Idem 18.
- 21) Implementar um plano de encaminhamento de pacientes com DM, através de: atendimento multiprofissional; histórico multiprofissional, elencando todas as necessidades do paciente; realização de relatório multiprofissional no momento da alta hospitalar, contendo o histórico da internação, data, diagnósticos, tratamento, continuidade da assistência; contato com a Unidade Básica para contra referenciar o paciente.
- 22) Poderiam ser feitos kits com materiais que o paciente vai precisar utilizar em casa (tipo de seringa/insulina, ..), de acordo com suas necessidades, incluindo folderes educativos e orientação ao paciente e familiar.
- 23) Importante encaminhar o paciente para orientação no decorrer da internação e não no último dia, antes da alta, pois são muitas informações e ele não absorveria/compreenderia tudo.
- 24) Criar/implementar protocolo para o rodízio de locais de aplicação subcutânea de insulino terapia.
- 25) O rodízio de locais para a aplicação subcutânea de insulino terapia poderia estar prescrito na Prescrição de Enfermagem.
- 26) Na alta hospitalar, já poderia estar agendada a data para o retorno de consulta com especialista, o que seria muito prático/facilitador para o paciente.
- 27) Todos os membros da equipe multidisciplinar poderiam realizar o pedido de parecer para especialistas ao julgar/avaliar que é necessário.
- 28) Verificar questões éticas junto aos órgãos/ conselhos de enfermagem visando a respaldar se o enfermeiro pode ou não solicitar Parecer para as outras disciplinas e especialistas.

- 29) A instituição hospitalar precisa validar/ aceitar e divulgar a possibilidade de os enfermeiros realizarem Parecer.
- 30) É função da enfermagem observar a aceitação hídrica e alimentar dos pacientes, verificar os hábitos domiciliares, verificar adaptação à sonda nasoenteral, e discutir com a equipe de nutrição (cuidado compartilhado, sem ultrapassar a função do outro).
- 31) É importante a enfermagem observar/quantificar e registrar a ingesta hídrica e as eliminações vesicais.
- 32) Para suprir as necessidades psicológicas dos pacientes, a enfermagem deve “chamar” a psicologia e, diante de necessidades sociais, comunicar o serviço social para atuar conjuntamente na assistência em saúde.
- 33) A instituição hospitalar precisa repensar a prática de enfermagem pautada em teorias de outras épocas e atualizar a teoria que guia a práxis atual.
- 34) É preciso enfatizar que, “quando a enfermagem atua conjuntamente com outras profissões/disciplinas, ganha tempo para otimizar e melhorar a assistência específica de enfermagem”.
- 35) Sobre a mobilidade dos paciente com DM, a enfermagem deve estimular o paciente independente a caminhar e realizar exercício físico. A atividade física evita atrofia. Realizar testes de sensibilidade, voltando a atenção a possível desenvolvimento de neuropatias.
- 36) Sobre a mobilidade dos paciente com DM dependente, a enfermagem deve intensificar a mudança de decúbito/posicionamento e auxílio para a mobilidade no leito.
- 37) Os testes dos pés para pessoas com DM devem ser realizados por enfermeiro capacitado para sua realização correta e com kit/materiais adequados – seria “aquela enfermeira específica para o cuidado especializado à pessoa com DM no setor de internação”.
- 38) A frequência da verificação do HGT deve ser individualizada/diferenciada, de acordo com as necessidades de cada paciente.
- 39) Respeitar as crenças religiosas/espirituais dos pacientes.
- 40) É urgente rever a forma de registro dos rodízios de aplicação de insulina.
- 41) É urgente melhorar ou rever a orientação/ educação em saúde no ambiente hospitalar, “não são todos os pacientes que são encaminhados ao ambulatório”.
- 42) É urgente rever a frequência da verificação de HGT – individualizada de acordo com a necessidade de cada paciente.
- 43) Idem 41.

ENTREVISTA 08

- 1) Enfermeira toma ciência do diagnóstico de DM no momento em que o paciente chega no setor, ao verificar no prontuário os diagnósticos médicos.
- 2) Realizar orientação/educação em saúde aos pacientes com DM no ambiente hospitalar.
- 3) Realizar orientação/educação em saúde aos profissionais de saúde sobre o DM no ambiente hospitalar.
- 4) Realizar orientação/educação em saúde aos profissionais de saúde sobre o DM no ambiente hospitalar, através de capacitações obrigatórias.
- 5) A instituição poderia promover capacitações aos profissionais de saúde durante o horário de trabalho, e, para isso, seria necessário aumentar o quantitativo de profissionais, para tornar possível que um deles se ausente para participar da capacitação.
- 6) Promover exercícios físicos para o paciente com DM durante o período de internação.
- 7) “Todos” os profissionais da área da saúde são importantes para o cuidado a pessoas com DM no ambiente hospitalar.
- 8) Terapeutas ocupacionais e educadores físicos deveriam compor a equipe de saúde que cuida do paciente com DM no ambiente hospitalar.
- 9) O educador físico no ambiente hospitalar poderia orientar e oportunizar aos pacientes com DM a realização de exercícios físicos.
- 10) Importantes profissionais para compor a equipe de saúde hospitalar: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta, estomaterapeuta no caso de lesões, fonoaudiólogo, assistente social, psicóloga, farmacêutico.
- 11) Deveria haver um impresso específico ou um local específico no prontuário comum a todos os membros da equipe de saúde para “compor”/”construir o histórico de saúde do paciente (histórico multiprofissional?), evitando-se, assim, a superposição de perguntas ao paciente e de informações no prontuário.
- 12) Seria ideal que os membros da equipe de saúde discutissem os casos dos pacientes em reunião. Mas, a questão de “tempo” é a barreira/desafio, por isso seria ideal repensar no redimensionamento/quantitativo de profissionais.
- 13) Idem 12.
- 14) Idem 12.

- 15) O ambulatório (da endócrino/onde há enfermeira com expertise em DM) é um setor de apoio ao setor de internação em relação ao cuidado aos pacientes com DM.
- 16) O setor de internação precisa organizar-se melhor para interagir com o ambulatório.
- 17) As orientações/educação em saúde realizadas no ambulatório aos pacientes com DM previnem complicações do DM e reinternações.
- 18) O paciente com DM deveria ser encaminhado ao ambulatório para educação em saúde durante a internação e não no dia da alta hospitalar.
- 19) Profissionais do ambulatório (enfermeira e médicos?) poderiam ir ao setor de internação para orientar paciente e familiares.
- 20) Interessante realizar grupos de educação em saúde para pacientes com DM durante a hospitalização.
- 21) Seria ideal ter um local adequado e ter um profissional específico para coordenar os grupos para pessoas com DM e familiares.
- 22) Desde que a equipe de saúde trabalhe em conjunto, qualquer um dos profissionais da equipe estaria apto a coordenar o grupo para pessoas com DM hospitalizadas.
- 23) Na dinâmica de grupo para pacientes com DM, é preciso pensar: no local adequado; no horário padrão para que as enfermeiras do setor soubessem que naquele horário o paciente está lá; quem vai levar e buscar os pacientes ao local do grupo; considerar a educação em saúde diversificada para pacientes que não têm familiares, pacientes com déficits (visual, cognitivo); como incluir os pacientes dependentes/acamados.
- 24) É ideal que o paciente receba a alta hospitalar já com a consulta com o especialista agendada, para manter o acompanhamento.
- 25) As Unidades Básicas de saúde deveriam ter profissionais especialistas para acompanhar cada paciente conforme sua necessidade.
- 26) Qualquer membro da equipe de saúde deveria poder solicitar a avaliação de especialistas (realizar o pedido de Parecer).
- 27) Redimensionamento de profissionais.
- 28) É ideal que ocorra o contato “do hospital” com “o posto”, para informar o que ocorreu com o paciente e as condições de saúde com que ele está retornando para casa.
- 29) O contato “hospital-posto” poderia ocorrer entre “enfermeiro-enfermeiro” ou entre quaisquer outros profissionais.
- 30) O contato “hospital-posto” poderia ser realizado via telefone, entre um representante membro da equipe profissional do hospital com qualquer membro da equipe multiprofissional do posto.

- 31) Deve haver nutricionista para a orientação da alimentação do paciente com DM (A função de orientação ao paciente sobre alimentação/nutrição é da nutricionista e não da enfermagem, pois nosso conhecimento sobre essa questão é superficial).
- 32) No cuidado ideal, é função da enfermagem estar atento/sincronizar os horários de alimentação do paciente e horários de aplicação da insulina.
- 33) É função do fisioterapeuta promover atividade física, mobilidade, locomoção dos pacientes.
- 34) É preciso estrutura física adequada para a promoção de atividade física, mobilidade, locomoção dos pacientes.
- 35) O trabalho dos fisioterapeutas deveria ser diário, visando ao acompanhamento da evolução do paciente, uma vez que a intensidade e tempo da atividade física/mobilidade/locomoção depende do estado clínico do paciente.
- 36) A estrutura física do ambiente hospitalar deve ser adequada; sugerida por profissionais que trabalham nesse ambiente.
- 37) Em relação às necessidades psíquicas e sociais dos pacientes, a função da enfermagem é perceber a demanda e encaminhá-la aos profissionais da psicologia e serviço social.
- 38) Profissionais da psicologia e serviço social deveriam ser mais atuantes/mais presentes e apresentarem-se aos pacientes.
- 39) A instituição deveria contar com membros de diversas religiões/crenças para oferecer (e não impor) como apoio aos pacientes.
- 40) É urgente rever uma forma de padronização para o rodízio da aplicação subcutânea de insulina.
- 41) É urgente rever uma forma de sincronizar a insulinoterapia com a oferta (horário) da alimentação.
- 42) É urgente discutir com a equipe de enfermagem as rotinas e também estabelecer novas rotinas visando ao cuidado ideal dos pacientes.

ENTREVISTA 09

- 1) A enfermeira toma ciência do diagnóstico de DM no momento da internação do paciente, através de diferentes maneiras: prescrição médica no prontuário, passagem de plantão quando o paciente é transferido de outro setor ou o paciente sabe o diagnóstico e refere.
- 2) Deveria haver avaliações da pele de pacientes com DM, visando à prevenção de lesões.
- 3) Deveria haver avaliações da acuidade visual do pacientes com DM, visando ao diagnóstico da retinopatia ou a comprometimentos da visão.

- 4) Realizar orientações/educação em saúde ao longo da internação e não somente nos últimos dias, antes da alta hospitalar.
- 5) Importante conhecer as condições de vida do paciente no seu domicílio, visando a condutas que evitem as reinternações.
- 6) Realizar cuidados específicos com os pés das pessoas com DM.
- 7) Os registros de enfermagem devem responder às prescrições de enfermagem.
- 8) Observar a alimentação do paciente, tomar ciência se ele está comendo alimentos fora da dieta hospitalar, registrar detalhadamente e associar a dieta com os valores do HGT.
- 9) Protocolos de cuidado aos pacientes com DM ajudariam os profissionais que têm pouco conhecimento sobre esse tema a realizar um cuidado melhor.
- 10) Equipe de saúde hospitalar: fisioterapia, enfermagem, nutrição, medicina, serviço social.
- 11) Os cuidados no ambiente hospitalar devem prever a manutenção dos cuidados domiciliares/autocuidado, visando a prevenir as reinternações. Para isso, todos os membros da equipe de saúde devem estar envolvidos.
- 12) O plano da insulino terapia deveria ser discutido com os pacientes e entre todos os membros da equipe de saúde.
- 13) Deveria haver discussão diária de casos de todos os pacientes entre os membros da equipe de saúde.
- 14) Idem 13.
- 15) As reuniões multidisciplinares para a discussão de casos dos pacientes deveria ocorrer no período em que há a maior parte dos profissionais no setor (no caso da CM/ HU, seria ideal pela manhã).
- 16) Seria importante seguir protocolos de assistência ao paciente com diabetes que abrangessem: avaliação da pele; orientações que devem ser realizadas desde o primeiro dia de internação até a alta hospitalar; conhecer a realidade sócio-econômica-cultural do paciente para realizar orientações adequadas ao seu contexto; avaliar sua acuidade visual.
- 17) Protocolos de assistência auxiliam no desenvolvimento de cuidados de excelência pelos profissionais que não os saberiam realizar se não houvesse o protocolo para guiar a prática.
- 18) A educação em saúde deveria ser diária e realizada por todos os profissionais de saúde que atendem ao paciente.
- 19) A equipe de saúde deveria discutir conjuntamente e diariamente o plano de cuidado/ plano de alta do paciente, visando a ter tempo hábil para a realização das ações/condutas necessárias ao longo da internação.
- 20) Poder-se-ia criar um *checklist* de enfermagem com orientações a serem dadas aos pacientes com DM. Esse *checklist* ficaria no prontuário

do paciente. Cada orientação dada poderia ser checada e assinada pela enfermeira. Outra enfermeira poderia dar continuidade, tomando ciência sobre o que já foi explicado/conversado e o que ainda falta orientar. Essa forma poderia garantir a continuidade organizada da educação em saúde no ambiente hospitalar.

21) Enfermeiras do ambulatório têm bastante conhecimento sobre os cuidados com pessoas com DM. Elas poderiam guiar as orientações/conduas das enfermeiras dos setores de internação. Se houvesse protocolo e *checklist* de cuidados aos pacientes com DM, as enfermeiras do ambulatório e dos setores poderiam compartilhar o cuidado, atuar em conjunto.

22) Idem 21.

23) Ao observar as necessidades dos pacientes (comprometimentos ou complicações), a equipe de saúde do hospital deveria encaminhá-los aos especialistas do próprio hospital ou aos especialistas da rede básica de saúde.

24) Idem 23.

25) O encaminhamento poderia ser feito pela equipe de saúde durante a discussão de caso, ou pela equipe do ambulatório ao ir visitar o paciente no setor de internação. Ou a enfermeira, se ela tivesse esse poder. (No HU é o médico quem faz, a enfermeira não tem esse poder).

26) Deveria haver mais contato via telefone e carta entre a enfermeira do hospital e a equipe de saúde do posto, para dar ciência à equipe de posto sobre as condições em que o paciente está retornando para a comunidade e sobre as orientações que foram dadas durante a hospitalização.

27) É função da enfermagem supervisionar a aceitação da dieta.

28) É função da enfermagem questionar os hábitos alimentares e orientar de acordo com a realidade do paciente, de forma que ele consiga adaptar-se e ter o controle da doença.

29) Função da enfermagem demonstrar a forma ideal de alimentação (período de teste/aprendizado com a alimentação hospitalar) e incentivar o paciente a adaptar-se e realizar da mesma forma, se possível, ao retornar para casa.

30) Controle ou supervisão de ingesta hídrica é importante para associar ao quadro de hiperglicemia ou comprometimento renal.

31) Controle de entrega de garrafas de água deveria ser feito pela equipe de nutrição, de forma visual (impresso para checagem) para toda a equipe de saúde estar ciente. A enfermagem controla eliminações vesicais.

- 32) Controle de diurese é importante devido à possibilidade de polidipsia e de alteração de função renal. Realizar balanço hídrico, se o paciente também estiver com fluidoterapia.
- 33) Importante observar a qualidade do sono no período noturno e relatar na passagem de plantão. Seria ideal que as portas dos quartos tivessem janelas para observar o paciente sem precisar entrar no quarto (estrutura física).
- 34) Faria bem/traria benefício ao paciente com DM realizar exercícios físicos durante a hospitalização; seria ideal ter uma equipe de educação física inserida na equipe de saúde hospitalar para desenvolver essa atividade.
- 35) Os pacientes independentes poderiam ir em alguma área externa/solário realizar as atividades físicas.
- 36) Atividades físicas no ambiente hospitalar poderiam trazer benefícios físicos, mentais e bem-estar aos pacientes.
- 37) Educação física no ambiente hospitalar é importante para o bem-estar, prazer e qualidade de vida dos pacientes.
- 38) Para os pacientes semidependentes e dependentes, a equipe de enfermagem e fisioterapia deveria ser mais atuante quanto à mobilização, mudanças de decúbito e prevenção de lesões.
- 39) A frequência do controle glicêmico deve ser individualizada, de acordo com as necessidades de cada paciente (e não padronizada 4x/dia para todos).
- 40) Idem 39.
- 41) Estrutura física deveria prever quartos amplos, banheiro sem vazamentos, para evitar piso molhado e risco de quedas.
- 42) Idem 41.
- 43) Deveria haver barras de segurança para os pacientes se apoiarem ao deambular (estrutura física).
- 44) A equipe multiprofissional deve estar atenta e conhecer a realidade sociocultural do paciente para realizar orientações que o paciente realmente consiga seguir. A família deve ser envolvida no cuidado das pessoas com DM e auxiliar nas mudanças do estilo de vida.
- 45) A psicologia deve dar atenção ao paciente e aos familiares, visando a motivar/ estimular as mudanças no estilo de vida para o controle do DM.
- 46) Idem 44.
- 47) É importante conhecer a crença/religiosidade do paciente.
- 48) A instituição hospitalar poderia oferecer ambientes específicos para os pacientes utilizarem nos momentos de religiosidade, espiritualidade,

meditação (ambiente externo ou ambiente interno calmo, silencioso, ou com música).

49) É urgente repensar na preparação da equipe multiprofissional para realizar o plano de alta hospitalar do paciente, visando aos cuidados domiciliares.

50) É urgente rever a frequência do controle de HGT, visando estabelecer uma forma individualizada para atender a necessidade de cada paciente.

51) É urgente rever o rodízio de aplicação subcutânea de insulina de forma que seja realmente realizado pela equipe de técnicos de enfermagem.

52) É urgente a realização de capacitações frequentes para profissionais sobre os cuidados com diabetes, visando a melhor orientar os pacientes durante o período de internação.

53) É urgente a equipe do ambulatório envolver-se com os setores de internação, visando a supervisionar os cuidados com os pacientes com DM e à educação permanente aos profissionais da equipe de saúde.

54) A instituição hospitalar poderia realizar sensibilizações aos profissionais que atuam no cuidado direto ao paciente. Por exemplo, o serviço de psicologia poderia fazer exercícios frequentes com os profissionais para que se sensibilizassem, colocando-se no papel de pacientes e, assim, aprimorar o cuidado humanizado.

55) É urgente desenvolver orientações/educação em saúde para o paciente com DM durante a hospitalização, visando a um melhor cuidado domiciliar/autocuidado.

56) A enfermeira assistencial do setor de internação poderia realizar a avaliação dos pés das pessoas com DM.

57) Idem 17.

ENTREVISTA 10

1) Enfermeira toma ciência do diagnóstico de DM no momento da admissão, de diferentes formas: médico informa, paciente informa no momento do Histórico ou prontuário.

2) No momento da admissão do paciente, já devem ser orientados os cuidados hospitalares com o controle do diabetes (diferentes de como ele realizava em casa, por exemplo, suspensão da medicação oral e início de insulino terapia; horários do HGT e das refeições).

3) Equipe médica deveria individualizar o esquema terapêutico para cada paciente com auxílio da equipe de endocrinologia.

4) Equipe de enfermagem deve estar atenta aos cuidados com armazenamento da insulina.

- 5) Equipe de enfermagem deve seguir adequadamente o rodízio de aplicação subcutânea de insulina.
- 6) Equipe da farmácia poderia dar suporte com orientações à enfermagem sobre características e armazenamento das insulinas.
- 7) No pré-operatório, o paciente deveria ser melhor orientado pela enfermeira.
- 8) Orientações/ educação em saúde deveriam ser diárias e contínuas, desde o momento do histórico de enfermagem, até nas visitas diárias da enfermeira, e não deixar para o último dia, antes da alta hospitalar.
- 9) É preciso mais profissionais e mais tempo para a realização efetiva de educação em saúde (redimensionamento de pessoal).
- 10) A equipe de técnicos de enfermagem tem condições de realizar algumas orientações/educação em saúde.
- 11) Para garantir a continuidade da assistência em relação às orientações a serem dadas, seria ideal ter um instrumento que ficasse no prontuário ou com o paciente (*checklist?*).
- 12) Idem 9.
- 13) Seria ideal dois enfermeiros por turno, para que um deles tivesse tempo hábil para orientações específicas sobre a cirurgia e sobre o diabetes (pré e pós-operatório).
- 14) Seria ideal que a equipe médica-cirúrgica tivesse organização/padronização das admissões e altas, visando a possibilitar a alta programada (planejamento multidisciplinar da alta hospitalar).
- 15) O ambulatório é um setor de apoio ao setor de internação.
- 16) O ambulatório poderia dar apoio, realizando as orientações programadas aos pacientes, com local e horário específicos, e com um profissional com conhecimentos mais aprofundados nos cuidados às pessoas com DM.
- 17) Seria ideal ter uma equipe multidisciplinar para o atendimento dos pacientes com DM, a exemplo, “a equipe do transplante hepático”.
- 18) Equipe multiprofissional específica para o cuidado ao paciente com DM no hospital deveria ter: enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, médico assistente, endócrino, técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social.
- 19) Seria ideal ter contato/comunicação entre o hospital e a atenção básica para repassar as informações, sobre a cirurgia a que o paciente foi submetido; que acompanhamento foi feito; do que ele precisa; com o que ele está indo para casa.
- 20) O contato “hospital” – “atenção básica” deveria ser realizado entre enfermeiro-enfermeiro (referência – contra referência).

- 21) O contato “hospital” – “atenção básica” deveria ser feito via telefônica (e não por escrito, pois o paciente pode perder o papel que deveria entregar no posto). Talvez e-mail.
- 22) O médico endócrino deveria acompanhar todos os pacientes com DM, juntamente com o médico assistente/responsável.
- 23) A direção do hospital deveria dar respaldo/aval para que outros profissionais além do médico pudessem solicitar pedido de Parecer a especialistas.
- 24) Se houvesse uma equipe específica, de referência, para o paciente com DM, seria mais fácil a comunicação entre enfermeira do setor e essa equipe, visando a atender as necessidades de encaminhamento a especialidades.
- 25) Seria ideal que o hospital tivesse uma Unidade de Internação específica para pacientes com doenças crônicas (infraestrutura e redimensionamento de pessoal).
- 26) Sobre a alimentação do paciente, é função da enfermagem ouvir o paciente, orientar a dieta e registrar sua aceitação.
- 27) Idem 26.
- 28) É importante orientar a dieta e a ingesta hídrica e acompanhar a evolução do paciente.
- 29) Os profissionais de saúde deveriam ver o paciente de forma integral, não focando apenas na doença, mas na saúde do paciente como um todo.
- 30) É importante o cuidado compartilhado entre enfermagem, fisioterapia e educador físico no ambiente hospitalar, visando à mobilização dos pacientes.
- 31) Seria ideal ter educador físico no ambiente hospitalar para estimular os pacientes a perceber a necessidade do exercício físico para a qualidade de vida.
- 32) O hospital ainda está focado na doença e na recuperação do paciente, quando deveria promover saúde.
- 33) Seria ideal ter um núcleo de estudos para estimular a educação continuada/atualização aos profissionais da saúde.
- 34) Capacitações/educação continuada aos profissionais da saúde deveriam ocorrer no horário de serviço (para isso, deveria haver mais profissionais para cobrir o setor).
- 35) As capacitações/ educação continuada aos profissionais da área da saúde deveriam estar inseridas na carga horária de trabalho e ter dinâmicas voltadas para a prática, não apenas para a teoria; poderiam ser discutidos estudos de caso, estimulando o uso da teoria na prática, na realidade.

- 36) A psicologia compartilha o atendimento às necessidades psicológicas dos pacientes. A enfermagem deveria melhorar o acolhimento, a escuta qualificada, visando a atender as necessidades psíquicas dos pacientes hospitalizados.
- 37) Deveria haver psicólogos em todos os turnos/tempo integral no hospital para atender às demandas dos pacientes.
- 38) Poderia haver na instituição hospitalar um espaço/ sala para reuniões com voluntários que oferecessem apoio espiritual/religioso.
- 39) Seria ideal ter a discussão dos casos dos pacientes entre todos os membros da equipe de saúde multiprofissional.
- 40) Deveria haver visitas multiprofissionais, programação de horário para reunião e discussão dos casos, discussão das intervenções de cada profissional, programação da alta em conjunto.
- 41) Deveria haver momento de discussão entre a equipe multiprofissional e o paciente.
- 42) Frequência do controle de HGT deve ser individualizada.
- 43) O controle glicêmico e a insulinoterapia devem estar sincronizados com os horários de refeição dos pacientes.
- 44) Aumentar o número de técnicos de enfermagem possibilitaria um menor número de pacientes por técnico, que, assim, conseguiriam acompanhar melhor os pacientes e prevenir quedas, além de auxiliar em outras atividades.
- 45) Estrutura física – quartos deveriam ser amplos, visando à melhor mobilidade dos pacientes e profissionais.
- 46) É ideal ter acompanhantes dos pacientes no ambiente hospitalar, pois dão suporte/auxiliam na mobilização, acompanhamento, questões emocionais e psicológicas.
- 47) É urgente que a equipe médica reveja a prescrição da frequência de HGT para individualizá-la de acordo com as necessidades de cada paciente.
- 48) É urgente rever o rodízio de aplicação subcutânea de insulina, de forma que seja de fato desenvolvida pela equipe de técnicos de enfermagem.
- 49) É urgente rever a orientação/educação em saúde para o paciente com DM no ambiente hospitalar, inclusive dando-lhe orientações pré e pós-operatórias.

ENTREVISTA 11

- 1) Valorização do monitoramento eficaz das glicemias dos pacientes com profissionais de enfermagem atentos aos valores.

- 2) Realização de rodízios da aplicação de insulina, prescritos, registrados e realizados de fato pela equipe de enfermagem.
- 3) Orientação/educação em saúde durante a internação, visando a refletir no cuidado domiciliar/ autocuidado.
- 4) Verificação da rede de apoio pós-alta; contato e encaminhamento à Unidade de Saúde para acompanhamento do DM. (referência e contra referência)
- 5) Identificação/levantamento dos conhecimentos que a pessoa com DM já possui em relação à doença, às complicações, aos cuidados realizados e aos cuidados a serem iniciados.
- 6) Realização da educação em saúde a partir do conhecimento que a pessoa já possui.
- 7) Realização de dinâmicas com grupos de pessoas com DM hospitalizadas para educação em saúde (cuidados com dieta, pés, visão).
- 8) Atualização sistemática dos profissionais da saúde em relação às novas leis e documentos que favoreçam a assistência às pessoas com DM
- 9) Implementação da legislação e outras resoluções que favoreçam a atenção às pessoas com DM.
- 10) Garantia de acesso aos serviços de saúde mais especializados (oftalmologia, nefrologia, angiologista).
- 11) idem anterior.
- 12) Educação em saúde no ambiente hospitalar deve contemplar os riscos das complicações do diabetes.
- 13) Educação em saúde deve contemplar o empoderamento das pessoas com DM para buscarem seus direitos.
- 14) Elaboração de uma agenda de atividades educativas para cada pessoa com DM internada, com: tema, data, horário, profissional responsável. Desenvolver calendário/escala programada de educação para os pacientes. A agenda precisa ser divulgada e de fácil acesso.
- 15) Realização de ciclos de palestras pelos enfermeiros, amplamente divulgadas e para toda a comunidade do hospital.
- 16) Manutenção de registro das ações de educação em saúde como parte da evolução diária das pessoas com DM.
- 17) Elaboração de um roteiro pré-estabelecido com os itens de educação em saúde a serem envolvidas durante a hospitalização e com espaço para o registro dessas ações.
- 18) Contar com o apoio de uma enfermeira com expertise em DM que atua no ambulatório da instituição.
- 19) Criação de uma equipe multidisciplinar de atenção à pessoa com DM hospitalizada. (fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, médico

geral, endócrino, enfermeira, psicólogo). Essa equipe pode dar suporte durante e no pós-hospitalização, tanto para as pessoas com DM e seus familiares quanto para os demais profissionais de saúde.

20) O hospital possui vários profissionais especialistas (endócrino, nefro, oftalmo, enfermeiros – prevenção de feridas) que poderiam estar engajados na assistência e/ou encaminhamento do paciente com DM que interna.

21) Seria excelente viabilizar o atendimento ou o encaminhamento do paciente com DM aos especialistas, porém isso envolve questões de gerenciamento, discussão e decisão política entre gestores.

22) Incluir nos registros da pessoa com DM todas as informações obtidas, mesmo as obtidas da rede de atenção.

23) Propor discussões de integração entre todos os níveis de atenção visando a uma assistência integral à pessoa com DM.

24) Ter uma equipe de atenção domiciliar na atenção básica com quem a equipe hospitalar pudesse entrar em contato e realizar a contra referência de forma segura, direcionada, estruturada, para que as informações do paciente “não se percam, não fiquem dispersas”. Essa equipe também faria contato com o hospital (referência).

25) Equipe do hospital e equipe da atenção domiciliar/Equipe saúde da Família/Atenção básica precisam de um elo para a troca de informações. Via telefone ou via carta a informação pode ficar dispersa.

26) O enfermeiro deveria passar as informações gerais e de enfermagem (contrarreferência) para a atenção básica e, em situações específicas, cada profissional da equipe de saúde hospitalar deveria complementar as informações também (via telefone u via carta).

27) Ideal mesmo seria o prontuário eletrônico unificado visando a que todos os serviços de saúde tivessem acesso às informações sobre o histórico de saúde do paciente.

28) Dieta deve ter calorias e forma de preparo específicas para o paciente com DM.

29) Educação em saúde com relação à dieta pode ser desenvolvida no ato da alimentação, conversando e mostrando o próprio prato de alimentação, envolvendo questões de quantidade, modo de preparo, de tipos de alimentos que ele está ingerindo e horários.

30) Familiares devem ser orientados quanto à dieta do paciente com DM.

31) Deve-se ter atenção especial com pacientes com DM que estão em jejum, NVO, idosos ou cardíacos em relação ao uso de fluidoterapia com soro glicosado/gotejamento.

- 32) Hospital deveria ter uma área externa adequada para que os pacientes independentes ou semidependentes pudessem realizar atividades físicas com educador físico ou fisioterapeutas, incluindo banho de sol e alongamentos leves.
- 33) É importante observar/quantificar as eliminações vesicais dos pacientes com DM.
- 34) É importante observar/quantificar as eliminações intestinais dos pacientes com DM.
- 35) É ideal possibilitar a presença de um acompanhante/familiar no ambiente hospitalar, visando a atender questões psíquicas e sociais que o paciente possa apresentar.
- 36) É importante o enfermeiro estar atento aos sinais e sintomas de ansiedade que o paciente possa apresentar; e compartilhar a assistência com o serviço médico e de psicologia, visando a atender necessidades psicossociais.
- 37) A instituição hospitalar deve permitir a entrada e/ou fazer contato com diferentes entidades religiosas para que atuassem no hospital, visando a suprir demandas espirituais dos pacientes.
- 38) Seria ideal ter um espaço ecumênico dentro da instituição hospitalar.
- 39) É ideal a frequência do controle glicêmico de rotina (a cada 6 horas, e, se alterada, deve ser corrigida e acompanhada a cada 30min, conforme necessidade do paciente).
- 40) Equipe de enfermagem deve ser orientada quanto às situações de correção ou não da glicemia capilar dos pacientes. A enfermeira deve realizar a tomada de decisão em situações adversas, visando à melhor conduta.

ENTREVISTA 12

- 1) Enfermeira toma ciência do diagnóstico de DM do paciente no momento da admissão no setor, de diferentes maneiras: passagem de plantão pelo enfermeiro do outro setor; na passagem de plantão da enfermagem; na prescrição médica no prontuário; o paciente refere durante o Histórico de enfermagem.
- 2) Orientação/educação em saúde durante a internação deve ser abrangente e realizada pelas enfermeiras do ambulatório.
- 3) Deveria ser agendada consulta pós-alta no ambulatório ou no posto de saúde para especialista em DM (enfermeira).
- 4) Idem 3.
- 5) Deveria haver uma pessoa responsável por passar diariamente nos setores, para olhar os prontuários e fazer um levantamento dos pacientes que possuem DM (censo?), visando aos encaminhamentos.

- 6) Realizar grupos de pacientes com DM para educação em saúde. Quando houver um paciente acamado, o grupo poderia ser à beira do leito desse paciente, para ele poder participar.
- 7) Deveria ser “alguém” do ambulatório a pessoa responsável pelos grupos de pessoas com DM e pela passagem diária nos setores de internação, fazendo o levantamento dos pacientes com DM (censo).
- 8) Poderiam ser colocados vídeos educativos de curta duração para os pacientes e familiares assistir e, posteriormente, as enfermeiras poderiam esclarecer suas dúvidas.
- 9) Idem 8.
- 10) Idem 8.
- 11) Poderiam ser criados vários vídeos educativos, apropriados a cada situação (ex. sobre DM1, sobre DM2, focado em crianças).
- 12) Poderia ser criada uma carteirinha do paciente com DM, que recebesse um carimbo a cada orientação, visando à periodicidade da participação dessa pessoa em grupos/ com profissionais de saúde, assim, ele poderia provar que “está em dia” com as orientações de saúde, e os profissionais de saúde ficariam cientes de que este paciente vem recebendo orientações (a exemplo da carteirinha de vacina das crianças).
- 13) Deveria haver um cartão nacional de saúde para ser usado como “referência e contra referência” entre os pontos da rede de saúde, para que os diversos profissionais tomassem ciência sobre o histórico de saúde do paciente e sobre as orientações que já recebeu.
- 14) Idem 12.
- 15) Orientação/educação em saúde de forma ideal deve considerar tempo, pois deve haver muita conversa entre enfermeira e paciente.
- 16) Poderiam ser realizadas palestras para grupos de pessoas com DM, coordenadas por membros da equipe multidisciplinar, com dinâmicas e lanche saudável.
- 17) É ideal que os enfermeiros abordem o entendimento/conhecimento dos pacientes em relação aos cuidados com DM. “Doença crônica se trata com orientação”.
- 18) O ambulatório é um setor de suporte ao setor de internação. Os profissionais que atuam no ambulatório estão mais atualizados sobre os cuidados com Dm e mais capacitados para abordagem ao paciente com DM com dinâmicas práticas.
- 19) A Universidade poderia ajudar/apoiar o ambulatório a aprimorar as tecnologias de educação em saúde (ex. criação de vídeos educativos curtos, que pudessem ser enviados via celular).

- 20) Enfermeiro deve estar ciente do planejamento médico de alta, e conseguir agendamento para a consulta do paciente no ambulatório em tempo hábil (não no último dia).
- 21) Poderia haver uma equipe multidisciplinar para um atendimento geral com o paciente e, em seguida, a enfermeira manteria o acompanhamento individual dos paciente com determinada periodicidade.
- 22) A equipe de saúde específica para cuidados a pessoas com DM precisa abranger todos ou o maior número possível de pacientes.
- 23) A enfermeira do setor deveria encaminhar o paciente para a enfermeira do ambulatório para que essa encaminhasse o paciente aos especialistas, pois é uma “ponte” mais viável.
- 24) Idem 12.
- 25) Seria ideal que um médico endocrinologista (ou equipe médica de endócrino) acompanhasse todos os pacientes com DM hospitalizados, juntamente/compartilhado com a equipe médica responsável.
- 26) Deveria haver um consenso em relação aos cuidados pré e pós-operatórios dos pacientes com DM, visando a prevenir a hipoglicemia (ex. instalação de SG 10% intravenoso devido à necessidade de jejum).

ENTREVISTA 13

- 1) Maior interação entre ambulatório e setor de internação visando à orientação/ educação em saúde aos pacientes.
- 2) Enfermeira do ambulatório deve ser avisada sobre o paciente que é insulino dependente (tipo 1 ou tipo 2) nas primeiras 24h de internação, para ter tempo hábil para programar a consulta de enfermagem e encaminhamentos. Não deixar “para a última hora” o encaminhamento do paciente internado ao ambulatório para a consulta de enfermagem.
- 3) Sensibilização/capacitação ao profissional enfermeiro sobre a responsabilidade em relação ao paciente em uso de insulino terapia/controle glicêmico.
- 4) A enfermeira do setor de internação deveria ter um momento específico para realizar educação em saúde ao paciente, sendo a consulta de enfermagem do ambulatório uma complementação.
- 5) Educação em saúde no ambiente hospitalar é fundamental, pois reflete em como o paciente vai continuar se cuidando. Assim, os riscos de complicações podem ser diminuídos.
- 6) Enfermeiros assistenciais dos setores de internação devem ser conscientizados, atualizados, capacitados sobre o diabetes como uma doença crônica complexa, e sobre a importância do cuidado mais amplo e mais rigoroso à pessoa com diabetes.

- 7) Educar é um processo lento; é necessário prever tempo para a educação em saúde efetiva no ambiente hospitalar.
- 8) Possibilidade de agendamento de consulta de enfermagem no ambulatório para o pós-alta.
- 9) Pessoa com diabetes precisa ter acompanhamento de saúde com uma equipe de saúde (“vários caminhos para atender às necessidades”).
- 10) Jamais permitir que o paciente com diabetes hospitalizado saia de alta sem ter tido pelo menos uma orientação de enfermagem sobre cuidados com o diabetes (gerais e específicos).
- 11) Criação de um instrumento simples de orientação com aspectos a serem abordados na educação em saúde durante a internação, com o passo a passo ou *checklist* para o paciente com diabetes.
- 12) Reforçar que orientação/educação em saúde é atribuição do enfermeiro e deve estar inserida na rotina da assistência, ser hábito.
- 13) A educação em saúde exige paciência do profissional e tempo disponível.
- 14) Equipe de enfermagem deve ser treinada/ capacitada para a realização de educação em saúde ao paciente com diabetes.
- 15) O paciente pode e deve realizar as técnicas de verificação de glicemia e aplicação de insulina no ambiente hospitalar sob a supervisão de um profissional de enfermagem, como estratégia de aprendizagem prática.
- 16) Realização de inspeção dos pés durante o primeiro exame físico, na admissão do paciente (durante o histórico), e, se observadas alterações, realizar encaminhamento ao ambulatório para avaliação dos pés completa, com materiais adequados, tempo e profissional capacitado para tal avaliação. Se não houver alterações, mas o paciente possuir diabetes há mais de 10 anos ou paciente que nunca teve os pés avaliados, pode-se encaminhar para a marcação de consulta, não urgente, pois pode ser realizada durante ou após a internação.
- 17) A enfermeira do ambulatório deve trabalhar em parceria com as enfermeiras das clínicas de internação, através de visitas regulares às clínicas para verificar a situação dos pacientes com DM hospitalizados, e desenvolver comunicação/discussão de casos e reuniões com a equipe de enfermagem para estudos e atualizações em diabetes.
- 18) Investimento na capacitação de profissionais da enfermagem: desenvolvimento de pequenas capacitações, a serem realizadas em poucos minutos “in loco”, ou seja, em cada setor de internação, durante o horário de trabalho, para estudar/atualizar conhecimentos sobre um aspecto específico/um foco em cada reunião, com planejamento das reuniões e temas subsequentes, além de “grandes capacitações” em

auditórios onde os profissionais de enfermagem inscrevem-se de acordo com seus interesses pessoais e disponibilidade de tempo extra/ fora da carga horária de trabalho.

19) São necessárias no ambiente hospitalar uma ou duas enfermeiras específicas lotadas para a atividade de atenção às pessoas com DM (tanto ambulatorial como internação), ou a formação de um grupo de enfermeiras que estudem o tema Diabetes para o planejamento e para a coordenação das atividades intra-hospitalares, tanto voltadas aos pacientes, como aos profissionais.

20) Fomentar a interdisciplinaridade na assistência a pessoas com diabetes hospitalizadas, com no mínimo: médico, enfermeira, psicólogo e nutricionista.

21) Prever prescrições de enfermagem completas, claras e relevantes, para que os técnicos de enfermagem a executem.

22) Destacar a responsabilidade do enfermeiro frente à assistência à pessoa com diabetes durante e após a internação, pensando na continuidade do autocuidado.

23) Prezar por insumos de qualidade para a assistência ao paciente com DM no ambiente hospitalar e no pós-alta, no encaminhamento à Atenção Básica.

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIOS: PERFIL DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADAS.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 -
FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9164 - FAX +55 (48) 3721-8354

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Perfil das pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas em um hospital público de Florianópolis, Santa Catarina: um estudo descritivo”**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 29/11/2013.....

Profº Carlos Alberto Justo da Silva
Diretor Geral HU/UFSC

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A PESQUISA: PERFIL DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: UM ESTUDO DESCRITIVO

Pesquisador: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05728713.0.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 507.326

Data da Relatoria: 10/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata o processo de um projeto de Tese de Doutorado vinculado à Pós-Graduação em Enfermagem (Linha de Pesquisa: Filosofia, cuidado em saúde e enfermagem) da Universidade Federal de Santa Catarina, atribuído à doutoranda Cecília Arruda, orientado pela Profª Drª Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, que assina a Folha de Rosto conjuntamente com a Profª Drª Vânia M.S. Backer, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFSC)

O projeto de delineamento quantitativo descritivo visa a "construção de saberes e tecnologias para a inovação dos cuidados de enfermagem na assistência hospitalar ao público com DM, visando superar as inquietações" relativas à condição crônica de saúde. Será feito através da coleta de dados utilizando prontuários de pessoas com DM internadas no Hospital Universitário de Florianópolis, local de trabalho da própria pesquisadora, respeitando critérios de inclusão descritos no projeto detalhado

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o perfil clínico e sociodemográfico das pessoas com diabetes mellitus internadas em um Hospital Geral da rede pública de saúde localizado no Sul do Brasil no ano de 2011

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 507.328

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Previstos no projeto

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos autos do Processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos autos do Processo

Recomendações:

Recomenda-se atenção quando da impressão do TCLE para que as assinaturas não fiquem em outra página

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que todas as recomendações indicadas foram devidamente atendidas, sou favorável à aprovação do presente parecer

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 07 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A PESQUISA: PERCEPÇÃO DE PESSOAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DE PESSOAS COM CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE ACERCA DA SUA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Pesquisador: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19509913.1.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 367.842

Data da Relatoria: 26/08/2013

Apresentação do Projeto:

É um TCC da enfermagem orientado por Denise G Silva e Betina Meirelles. Aluna Leticia Rodrigues. As doenças crônicas são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São consequência da falta de medidas efetivas de promoção da saúde e da falta de controle das condições crônicas que acabam evoluindo com sérias complicações (OMS, 2003; WHO, 2011). No Brasil, as taxas de mortalidade por DCNT representam 73,9%, atribuídas geralmente às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao diabetes, às doenças renais, às doenças respiratórias crônicas e ao câncer (BRASIL, 2011). A Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD) de 2008 demonstrou que cerca de um terço dos entrevistados (quase 60 milhões de pessoas) afirmou ter pelo menos uma doença crônica e 5,9% declarou ter três ou mais doenças crônicas.

Objetivo da Pesquisa:

conhecer a percepção das pessoas com doenças crônicas internadas no HU UFSC acerca de sua internação hospitalar. Objetivos específicos:

- 1) Conhecer as expectativas de pessoas com doenças crônicas em relação aos cuidados de enfermagem na internação hospitalar.
- 2) Conhecer os fatores que contribuíram para a internação hospitalar de pessoas com doenças

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9898 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 367.842

crônicas. A pesquisa qualitativa está relacionada com a busca dos significados e a maneira que as pessoas lidam com suas experiências e à maneira como as compreendem. Estuda as pessoas em seus ambientes naturais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: que o estudo traga informações sobre a expectativa que as pessoas com doenças crônicas têm ao serem atendidas pela equipe de enfermagem na internação hospitalar e fatores que contribuiriam para a internação hospitalar.

Riscos: Desconforto. Caso as pessoas entrevistadas sintam algum desconforto psicoemocional receberão suporte da pesquisadora responsável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. A coleta de dados será realizada com um roteiro de entrevista semiestruturado, que será aplicado a quinze pessoas internadas no período de agosto a outubro de 2013, cuja doença crônica que levou à internação tenha sido: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellito ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. A análise dos dados será realizada seguindo as etapas apreensão; síntese; teorização; e transferência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados

Recomendações:

A questão no. 10 do questionário se o entrevistado tem hábitos alimentares saudáveis é necessário esclarecer antes o que a pessoa entende por alimentação saudável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

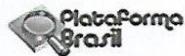
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 367.842

FLORIANÓPOLIS, 22 de Agosto de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** ccp@reitoria.ufsc.br

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A PESQUISA: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de um modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas

Pesquisador: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27952114.3.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 710.731

Data da Relatoria: 07/07/2014

Apresentação do Projeto:

Tese de Arruda, orientada por Vieira da Silva, da PG em Enfermagem, que pretende entrevistar 32 enfermeiros e 20 docentes de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo as autoras desenvolver um Modelo de Cuidado de Enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9205 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 710.731

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 07 de Julho de 2014

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO E – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM (ROCHA, 2008)

Critério Consistência Interna: foca o contexto e o conteúdo do marco referencial/teórico. Este critério requer que os elementos do marco referencial/teórico (os conceitos e os pressupostos), sejam congruentes com as exigências filosóficas da(s) Disciplina(s), do(s) modelo(s) conceitual(is), das teorias, dos estudos científicos e do entorno.

Questões Avaliativas

- 1.1. Está clara a visão de mundo ou o pensar filosófico que orientou o modelo quanto ao fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade de estudo?
- 1.2. O modelo de cuidado apresenta um marco teórico ou um marco referencial?
- 1.3. Caso tenha sido elaborado um marco teórico, a sustentação filosófica da(s) teoria(s) de base esta(ão) explicita(s) nos conceitos?
- 1.4. Caso tenha sido elaborado um marco teórico, a sustentação filosófica da(s) teoria(s) de base esta(ão) explicita(s) nos pressupostos?
- 1.5. Caso tenha sido elaborado um marco referencial, a filosofia da(s) Disciplina(s), o(s) modelo(s) conceitual(is), a(s) teoria(s) e estudos científicos estão explícitos nos conceitos?
- 1.6. Caso tenha sido elaborado um marco referencial, a filosofia da(s) Disciplina(s), o(s) modelo(s) conceitual(is), a(s) teoria(s) e estudos científicos estão explícitos nos pressupostos?
- 1.7. Os conceitos estão claros e consistentes?
- 1.8. Os pressupostos estão claros e consistentes?
- 1.9. O marco teórico ou referencial abrange as dimensões da proposta do modelo?

Critério Adequação Empírica do Marco Referencial/Teórico: é a congruência teórica e científica entre o marco referencial/teórico com a evidência empírica, ou seja, a adequação empírica do marco referencial/teórico é o resultado do refinamento dos conceitos e pressupostos através da prática.

Questões Avaliativas

- 2.1. Os conceitos são congruentes com a realidade da prática?
- 2.2. Os pressupostos são congruentes com a realidade da prática?

Critério Adequação Empírica da Metodologia: é a congruência da metodologia e da evidência empírica, ou seja, se a metodologia abrange todas as dimensões da prática a qual o modelo se refere.

Questões Avaliativas

3.1. A metodologia esta adequada à evidência empírica?

3.2. A metodologia possui aplicação prática?

Critério Adequação Pragmática: é determinado pela descrição do uso do modelo de cuidado na prática. A compatibilidade das expectativas entre os sujeitos da prática, o serviço de saúde e a aplicação das ações de Enfermagem baseadas no modelo de cuidado também podem ser avaliadas. Além disso, o modelo deve ser significativo na condução de resultados positivos para aqueles que participam nas ações, como por exemplo, a redução nas complicações, favorecimento das condições de saúde e aumento na satisfação do cuidado prestado.

Questões Avaliativas

4.1. O modelo de cuidado tem aplicabilidade na prática de enfermagem?

4.2. O modelo de cuidado subsidia as ações de Enfermagem?

4.3. O modelo de enfermagem é de fácil entendimento para as enfermeiras?

4.4. As ações de enfermagem embasadas no modelo de cuidado são compatíveis com as expectativas da prática de Enfermagem, do sujeito da pratica /familia e ambiente?

4.5. As ações de enfermagem propostas no modelo de cuidado conduzem para resultados favoráveis?

4.6. O modelo de cuidado orienta as práticas de cuidado objetivando a busca de alternativas para a solução de problemas?

Critério Desenvolvimento Teórico-Prático: é o desenvolvimento do pensar durante a aplicação do modelo de cuidado, de uma micro perspectiva dos dados com o alcance de um macro entendimento do fenômeno, associando o marco referencial/teórico e a prática. A aplicação do modelo provoca o surgimento de novas idéias. O modelo de cuidado nos proporciona micro-macro perspectivas, assim conduzindo a avanços cognitivos movimentos reciprocos entre teoria e prática.

Questões Avaliativas

5.1. A enfermeira consegue perceber a necessidade de um movimento reciproco entre a sua prática e o modelo?

5.2. Consegue-se ampliar ou ajustar as ações de enfermagem na prática seguindo o modelo, sem alterar a essência do mesmo?

Critério Significância: verifica a relevância do modelo de cuidado para a sociedade e para a Enfermagem. Para tanto, a descrição dos resultados do modelo necessitam apresentar se o modelo de cuidado implantado apresenta ou não modificação da prática. Nos resultados precisamos também reconhecer se o modelo oferece alternativas para a solução de possíveis problemas identificados na prática.

Questões Avaliativas

- 6.1. A utilização do modelo modifica a prática do cuidado de enfermagem?
- 6.2. A utilização do modelo modifica uma determinada situação?
- 6.3. O modelo de cuidado dá subsídios para a resolução de problemas?

Critério Coerência Metodológica: foca a relação entre o contexto, o marco referencial/teórico e a metodologia. Este critério requer que a metodologia seja congruente com a prática e que expresse o marco referencial/teórico.

Questões Avaliativas

- 7.1. O fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade está evidente na metodologia do modelo proposto?
- 7.2. A metodologia utilizada no modelo está claramente desenhada descrevendo sistematicamente todas as suas etapas?
- 7.3. A metodologia do estudo é congruente com o marco teórico ou referencial?
- 7.4. A metodologia proposta é de fácil aplicação?