

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ELIANA SAYURI SEKI

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE DIABÉTICOS ATENDIDOS EM
CONSULTA DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO.**

Porto Alegre

2018

ELIANA SAYURI SEKI

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE DIABÉTICOS
ATENDIDOS EM CONSULTA DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO DE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pré-requisito parcial para conclusão do curso e obtenção do título de enfermeira.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Luiza Paz
Machado

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Seki, Eliana Sayuri

Perfil sociodemográfico e de saúde de diabéticos atendidos em consulta de enfermagem em ambulatório de hospital universitário / Eliana Sayuri Seki. -- 2018. 41 f.

Orientadora: Maria Luiza Paz Machado.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Enfermagem. 2. Diabetes mellitus. 3. Doenças crônicas não transmissíveis. 4. Assistência ambulatorial. I. Paz Machado, Maria Luiza, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus e Nossa Senhora por terem me guiado pelos caminhos que me trouxeram até aqui, não evitando todas as quedas, mas dando forças para pôr-me de pé e continuar a seguir em frente.

À minha família, principalmente meus pais e meu irmão, meu esteio, apoio e fortaleza durante todo o caminho.

Aos meus avós paternos (*in memoriam*) que estão todos os dias ao meu lado em pensamento e coração.

À doutora Maria da Graça Cantarelli, sem a qual com certeza não teria chegado ao fim deste caminho.

À minha orientadora, professora Maria Luiza Paz Machado, por ter aceitado o desafio de orientar este trabalho, muitas vezes acreditando em mim muito mais do que eu acreditava, me dando calma, confiança e norte quando mais precisei.

À Biblioteca Irmão José Otão, sua equipe maravilhosa e sua mantenedora, por abrirem suas portas e me receberem a cada vez que utilizei seu espaço e recursos.

A todos o meu mais sincero e profundo muito, mas muito obrigada mesmo!

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial o Diabetes Mellitus (DM), são um grave problema de saúde pública, sendo a consulta de enfermagem (CE) um instrumento utilizado no controle da doença e seus agravos. Estudo baseado em experiências de CE a pacientes portadores de DM em ambulatório de estabelecimento de saúde de nível terciário, hospital universitário geral de capital do sul do Brasil. O conhecimento da situação social, econômica e de saúde dos pacientes atendidos é uma forma de auxiliar o enfermeiro na obtenção de melhor resposta as combinações e orientações melhorando o controle da doença e incrementando a qualidade de vida do paciente. Objetivo do estudo: Caracterizar perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes adultos diabéticos atendidos em consulta de enfermagem em ambulatório de hospital universitário. Estudo de caráter quantitativo e delineamento transversal. A amostra foi constituída por pacientes adultos diabéticos com a primeira consulta marcada na agenda EAD (Enfermagem Adulto Diabético) - grade 23442 - no período de 2016 a 2017. A análise dos dados mostrou pacientes com predomínio da raça branca e sexo feminino, casados, naturais do interior do Rio Grande do Sul, residentes em Porto Alegre e região metropolitana, baixa escolaridade e com grande número de faltas a consultas. O perfil de saúde, sob a visão do controle do diabetes e DCNT tem acúmulo de comorbidades e níveis glicêmicos e de hemoglobina glicada fora das metas terapêuticas. Conclui-se que o desafio da CE em auxiliar no tratamento dos pacientes diabéticos é complexo pela longa duração das DCNT e por recebermos pacientes com inúmeras comorbidades e as limitações surgidas pelas manifestações destas patologias. A condição sociodemográfica é fator importante no planejamento e implementação do cuidado pela influência na compreensão do estado de saúde e doença pelo paciente, e na adoção das mudanças de estilo de vida e terapêuticas farmacológicas para controle e tratamento do diabetes.

Palavras-chave: Enfermagem. Diabetes Mellitus. Doença crônica. Assistência Ambulatorial.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	10
3 MÉTODO	11
3.1 Tipo de Estudo	11
3.2 Campo de Estudo.....	11
3.3 População e amostra.....	11
3.4 Coleta dos dados.....	12
3.5 Análise dos dados	12
3.6 Aspectos éticos	13
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4.1 O perfil.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE - Formulário de coleta de dados	31
ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	38
ANEXO B – Aprovação da Compesq	39
ANEXO C – Aprovação do comitê de ética	40

1 INTRODUÇÃO

Segundo o observatório geral de saúde das nações unidas de um total de 56,4 milhões de óbitos ocorridos no ano de 2015 39,5 milhões, ou seja, 70% tiveram como causa doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (OMS, 2017b).

De início gradual, prognóstico usualmente incerto, e com duração longa ou indefinida as DCNT têm curso clínico modificável e possíveis períodos críticos (agudos) que podem gerar incapacidades e até mesmo o óbito (BRASIL, 2013).

Quinze milhões de todas as mortes por DCNT ocorrem na faixa etária entre 30 e 69 anos. Dessas mortes estima-se que mais de 80% ocorrem em países não desenvolvidos ou subdesenvolvidos (OMS, 2017a). Nesses países a transição demográfica (diminuição da mortalidade infantil e fecundidade e aumento da expectativa de vida), a qual leva a um aumento da população idosa gera também um crescimento relativo das condições crônicas (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

As mortes prematuras, perda de qualidade de vida e impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravam as desigualdades e a miséria (BRASIL, 2011).

O diabetes mellitus (DM) ocupa o sétimo lugar no ranking das 10 doenças que mais causaram óbitos em 2016, com 1.600.000 mortes (OMS, 2018).

No Brasil, o DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica são a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (OPAS, 2010).

O Diabetes se caracteriza como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose plasmática causada por defeitos na secreção da insulina, da ação da insulina ou de ambos. É uma doença crônica não transmissível, causadora de danos em longo prazo e intimamente ligada à perda da

visão (retinopatias), doenças vasculares, insuficiência renal e amputações de membros (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2013; OMS, [20__a]). Hipertensão e dislipidemia também são achados comuns em pacientes diabéticos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2013).

A grande maioria dos casos de diabetes se enquadra em dois grupos: o diabetes tipo 1, motivado por uma deficiência absoluta de secreção de insulina, em geral causada por uma reação auto imune que leva à destruição das ilhotas pancreáticas; o diabetes tipo 2 (DM2), causado por uma combinação de resistência à ação da insulina e uma resposta secretiva inadequada da insulina. Níveis glicêmicos altos o suficiente para causar danos graves a diversos órgãos e sistemas podem ocorrer mesmo na ausência de sintomas clínicos aparentes, não raro quando do surgimento de sintomas da doença como poliúria, polidipsia, perda de peso e aumento do apetite a mesma já cursa a um longo tempo e causou danos graves (American Diabetes Association, 2014). Cerca de 90% dos casos de diabetes diagnosticados são de Diabetes Mellitus tipo 2 (FONTBONNE, 2013).

A mudança de perfil epidemiológico e demográfico causa uma profunda crise nos sistemas de atenção à saúde vigentes (MENDES, 2010). Em países subdesenvolvidos, essa crise torna-se particularmente mais grave, devido à tripla carga de doenças (doenças infecciosas, questões reprodutivas e desnutrição ainda não superadas) somados ao surgimento do novo desafio das DCNT e o aumento da mortalidade por causas externas (FRENK, 2006).

Neste contexto de mudança de perfil epidemiológico e demográfico a consulta de enfermagem (CE) torna-se um instrumento eficaz e importante dentro da necessidade de adaptação do sistema de saúde vigente ao novo perfil epidemiológico e demográfico somado a sua possibilidade de inserção nos vários níveis do sistema de saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Lei nº 7.498/86, de 25 de Junho de 1986 define a CE como atividade privativa do enfermeiro. Já a Resolução do COFEN-358/2009 caracteriza a mesma como sendo o processo de enfermagem realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de

saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros. A CE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de Enfermagem, implementação e avaliação (COFEN, 1986; COFEN 2009). Há que se destacar que por suas características próprias a CE tem grande factibilidade nas inúmeras situações e realidades por estar centrada principalmente em tecnologias leves e leve-duras.

Tais tecnologias classificam-se em: leves (ligadas às relações humanas/interpessoais), leve-duras (saberes estruturados) e duras (equipamentos) (MERHY, 2002). As tecnologias leves na CE têm influência nos processos de organização do trabalho e nas relações interpessoais, tornando a abordagem dos pacientes mais eficaz e resolutiva. Há a co-responsabilização pelo cuidado através dos acordos e combinações entre o enfermeiro e o paciente, o cuidado se torna individualizado e cria-se o vínculo profissional-usuário o que auxilia na continuidade do cuidado (CARLOS, 2009). Diagnósticos e intervenções de enfermagem são alguns dos exemplos de tecnologias leve-duras empregadas na CE.

Este estudo é baseado em experiências de CE a pacientes portadores de DM no ambulatório de estabelecimento de saúde de nível terciário, hospital universitário geral de capital do sul do Brasil.

O interesse no levantamento do perfil dos indivíduos atendidos nas CE deu-se por meio da participação da autora em estágio obrigatório no serviço durante disciplina da graduação. No período referido houve percepção da necessidade de profundas alterações no modo de vida dos pacientes para o sucesso do controle da doença, mudanças estas que, em geral, necessitam ser bastante radicais, sendo por isso bastante penosas, ou quase impraticáveis, para muitos pacientes. A experiência vivida com estes pacientes revelou a grande dificuldade da maioria deles em seguir orientações e terapêuticas propostas. Nesta perspectiva, o conhecimento da situação social, econômica e de saúde dos pacientes atendidos é mais uma forma de auxiliar o enfermeiro na obtenção de melhor resposta as combinações e orientações, melhorando, por consequência, o controle da doença e incrementando a sua qualidade de vida. Traçar um perfil, mesmo que sob o risco do viés da

generalização, instrumentaliza o profissional de enfermagem a nortear sua abordagem de forma coerente à realidade e singularidade dos pacientes.

Para nortear a pesquisa, pretendeu-se responder a seguinte questão: Qual o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes adultos diabéticos atendidos em consulta de enfermagem em ambulatório de hospital universitário?

2 OBJETIVO

Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes adultos diabéticos atendidos em consulta de enfermagem em ambulatório de hospital universitário.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de estudo de abordagem quantitativa de delineamento transversal. A amostra selecionada e a determinação dos parâmetros do fator em estudo e do desfecho foram analisadas em um ponto do tempo, sem acompanhamento posterior (NEWMAN et al, 2008).

3.2 Campo de Estudo

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na agenda de CE à pacientes portadores de DM, denominada de EAD - grade 23442 (Enfermagem Adulto Diabético). O HCPA é uma empresa pública de direito privado, integrante da rede de hospitais do Ministério da Educação, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2017). A referida agenda de atendimento destina-se ao ensino de alunos de graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS.

3.3 População e amostra

A amostra do estudo foi constituída por pacientes adultos diabéticos que tiveram a primeira consulta marcada na agenda de CE a pacientes portadores de DM, denominada de EAD - grade 23442 no período de 2016 a 2017. A agenda é focada para pacientes com diagnóstico de DM2.

Quarenta e dois pacientes tiveram a primeira consulta agendada no período de estudo, dois foram excluídos por serem adolescentes, totalizando uma amostra de quarenta pacientes.

3.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados retrospectivamente compreendendo os anos de 2016 e 2017 a partir de dados secundários de sistema IG do HCPA, por meio de solicitação de *query*, bem como nos prontuários eletrônicos. Foi utilizado um instrumento projetado especificamente para este fim contendo as variáveis de interesse: dados sociodemográficos, data da primeira consulta, número de consultas realizadas, número de faltas em consultas, presença de acompanhante, índice de massa corporal, glicemia capilar, perfil lipídico e glicêmico, pressão arterial, número de medicamentos em uso, número de refeições diárias, prática de atividade física, cuidados com os pés, uso de insulina e realização do rodízio para aplicação de insulina (APÊNDICE A).

3.5 Análise dos dados

Os dados foram organizados em planilhas *Excel* utilizando-se o programa Action Stat 3 para os cálculos estatísticos. Utilizou-se a análise descritiva para

descrever as variáveis de interesse. A média e desvio padrão foram utilizados para a descrição das variáveis quantitativas com distribuição normal e as variáveis quantitativas com distribuição assimétrica serão descritas pela mediana e intervalo interquartil. As variáveis categóricas serão descritas através das frequências absolutas e relativas. O teste que será utilizado para verificar a normalidade das variáveis quantitativas será o Shapiro-Wilk. Os dados serão apresentados por meio de tabelas.

3.6 Aspectos éticos

Os pesquisadores do projeto se comprometeram a manter o sigilo dos dados coletados nos prontuários. As informações foram utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos participantes.

O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sendo aprovado (anexo B).

Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisas em seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O risco envolvido no projeto foi o da quebra de confidencialidade. Para minimizar este risco, os pacientes foram identificados por números, assegurando a preservação de seus nomes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 estão os resultados referentes às distribuições das variáveis sóciodemográficas analisadas para a amostra total e por sexo. Estão contidos nesta amostra todos os pacientes que tiveram a primeira CE na agenda marcada no período de estudo, tendo comparecido ou não a consulta.

Tabela1. Distribuição das variáveis: gênero, idade, naturalidade, procedência, raça, estado civil, escolaridade, religião faltas e presenças em consultas.

	Feminino 55% (n=22)	Masculino 45% (n=18)	Geral (n=40)
Média de idade (anos)	55,5 ± 11,8	57,5 ± 11,3	56,4 ± 11,5
Naturalidade			
Interior	68,2% (15)	55,5% (10)	62,5% (25)
*Porto Alegre e região metropolitana	27,3% (6)	38,9% (7)	32,5%(13)
Outro estado/país	4,5% (1)	5,5% (1)	5% (2)
Procedência			
Interior	13,6% (3)	11,1% (2)	12,5% (5)
*Porto Alegre e região metropolitana	86,4% (19)	88,9% (16)	87,5% (35)
**Raça			
Branca	81,8% (18)	83,3% (15)	82,5% (33)
Negra	18,9% (4)	5,5% (1)	12,5% (5)
Parda	0% (0)	11,1% (2)	5% (2)
Estado civil			
Solteiro	40,9% (9)	16,7% (3)	30% (12)
Casado	36,4% (8)	77,7% (14)	55% (22)
Viúvo	9,1% (2)	5,5% (1)	7,5% (3)

Separado	13,6% (3)	0% (0)	7,5% (3)
Escolaridade			
Analfabeto	0% (0)	5,5% (1)	2,5% (1)
Fundamental completo	22,7%(5)	22,2% (4)	22,5% (9)
Fundamental incompleto	40,9% (9)	33,3% (6)	37,5% (15)
Médio completo	9,1% (2)	22,2% (4)	15% (6)
Médio incompleto	18,2% (4)	11,1% (2)	15% (6)
Superior completo	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Superior incompleto	4,5%	5,5% (1)	5% (2)
Outro	4,5%	0% (0)	2,5% (1)
Religião			
Católica	50% (11)	61,1% (11)	55% (22)
Evangélica	13,6% (3)	5,5% (1)	10% (4)
Testemunha de Jeová	0% (0)	5,5% (1)	2,5% (1)
Não tem religião	9,1% (2)	0% (0)	5% (2)
Sem registro	27,3% (6)	27,8% (5)	27,5% (11)
Não compareceram a nenhuma consulta	31,8% (7)	38,9% (7)	35% (4)
Compareceram a uma consulta ou mais	68,2% (15)	61,1% (11)	65% (6)
Faltaram a uma consulta ou mais	63,3% (14)	77,8% (14)	70% (8)
Compareceram a todas as consultas marcadas	36,4% (8)	22,2% (4)	30% (2)

Fonte: SEKI, 2018

** Não houve registro de indivíduos identificados como pertencentes a outras raças além das listadas na tabela 1.

Quanto a ocupação, 14 pacientes (35%) eram aposentados ou pensionistas, 2 (5%) eram bolsistas estagiários, 2 (5%) trabalhavam com fabricação de roupas, 9 (22,5%) estavam distribuídos igualmente em várias ocupações - corretor de imóveis, depiladora, empregada doméstica, garçom, motorista, segurança, servidor público, trabalhador da construção civil e vendedor -, e 13 (32,5%) tinham registrado no prontuário a ocupação como outros.

No subgrupo de pacientes do sexo feminino, 8 (36,4%) eram aposentadas - não havia pensionistas neste grupo -, 1 (4,5%) era bolsista estagiária, 1 (4,5%) corretora de imóveis, 1 (4,5%) depiladora, 1 (4,5%) empregada doméstica, 2 (9,1%) trabalhavam na fabricação de roupas e 8 (36,4%) tinham o termo “outros” no espaço destinado a ocupação no prontuário eletrônico.

No subgrupo de pacientes do sexo masculino, 5 (27,8%) eram aposentados, 1 era (5,5%) bolsista estagiário, 1 (5,5%) garçom, 1 (5,5%) motorista, 1 (5,5%) segurança, 1 (5,5%) servidor público, 1 (5,5%) trabalhador da construção civil, 1 (5,5%) vendedor, 1 (5,5%) pensionista e 5 (27,8%) tinham o termo “outros” no espaço destinado a ocupação no prontuário eletrônico.

A tabela 2 traz a distribuição das variáveis do perfil de saúde do estudo (glicemia capilar, pressão arterial sistólica, pressão diastólica, índice de massa corporal, acompanhante na consulta, status nutricional pelo IMC, medicações em uso, uso de insulina, número de refeições ao dia e cuidados com os pés). A amostra diminui nesta segunda tabela porque a maior parte destas informações é retirada da evolução da CE.

Tabela 2. Distribuição das variáveis: glicemia capilar, pressão arterial sistólica, pressão diastólica, índice de massa corporal, acompanhante na consulta, status nutricional pelo IMC, medicações em uso, uso de insulina, número de refeições ao dia e cuidados com os pés.

	Feminino 57,7% (n=15)	Masculino 42,3% (n=11)	Geral (n=26)
Glicemia capilar média na consulta (mg/dl)	203(135-365)	244,4 ± 119,4	241,6 ± 119
*Pressão arterial sistólica média (mmHg)	140(120-150)	132,1 ± 17,2	135 ±15,8
*Pressão arterial diastólica média (mmHg)	80(80-97,5)	80(75-85)	80 (80-90)
Índice médio de massa corporal (Kg/m²)	35,1 ± 9,9	30,6 ± 4,7	33,2 ± 8,3
Média de HDL sérico (mg/dl)	39±9	44±12,3	43(33,5-47,5)
**Média de LDL sérico (mg/dl)	80,2±25,7	93,5±30,2	88±27
Média de colesterol sérico (mg/dl)	175,4±40,4	175,7±31,6	175,5±34,8
Média de triglicerídeos sérico (mg/dl)	201(159-270,7)	199,5±122,4	237,4±186,1
Média de glicose sérica em jejum (mg/dl)	150 (127,2-236,5)	182,9±94,1	211,7±92
Média de hemoglobina glicada (%)	9,3±1,9	10,3±1,7	9,8±1,8
	Acompanhado	26,7% (4)	27,3% (3)
Acompanhante na consulta	Desacompanhado	73,3% (11)	54,5% (6)
	Sem registro	0% (0)	18,2% (2)

Status nutricional pelo IMC	Eutrofia	20% (3)	9,1% (1)	15,4% (4)
	Sobrepeso	13,3% (2)	36,4% (4)	23,1% (6)
	Obesidade I	13,3% (2)	36,4% (4)	23,1% (6)
	Obesidade II	26,7% (4)	18,2% (2)	23,1% (6)
	Obesidade III	26,7% (4)	0% (0)	15,4% (4)
Número de medicações em uso	Até 4	13,3% (2)	0% (0)	7,7% (2)
	5 ou mais	40% (6)	63,6% (7)	50% (3)
	Sem registro	46,7% (7)	36,4% (4)	42,3% (1)
***Uso de insulina	Não	26,7% (4)	9,1% (1)	19,3% (5)
	Sim (sem registro de qual)	13,3% (2)	0% (0)	7,7% (2)
	NPH	6,7% (1)	27,3% (3)	15,4% (4)
	NPH + regular	20% (3)	27,3% (3)	23,1% (6)
	Sem registro	33,3% (5)	36,4% (4)	34,6% (9)
Número de refeições por dia	Até 3	33,3% (5)	18,2% (2)	26,9% (7)
	4 a 5	46,7% (7)	63,6% (7)	53,8% (14)
	6	6,7% (1)	0% (0)	3,8% (1)
	Outras	13,3% (2)	0% (0)	7,7% (7)
	Sem registro	0% (0)	18,2% (2)	7,7% (7)
Cuidados com os pés	Sim	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	Não	13,3% (2)	9,1% (1)	11,5% (3)
	Sem registro	86,7% (13)	90,9% (10)	88,5% (23)

* Cinco pacientes (3 mulheres e 2 homens) não tinham registro da pressão arterial na evolução da consulta.

** A fração lipídica LDL, esta foi calculada com uso de calculadora específica (Brasil,2018)

**Nenhum registro trazia uso de outra insulina além de NPH e regular, assim como nenhuma evolução analisada trazia a informação sobre realização ou não de rodízio nos locais de aplicação da insulina.

A atividade física é o movimento corporal produzido pela contração da musculatura esquelética, o que requer gasto energético além do gasto energético de repouso, enquanto que o exercício físico é um tipo de atividade física. O exercício físico é definido como um movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo executado para melhorar ou manter um ou mais dos componentes do condicionamento físico. A recomendação para pacientes diabéticos é de atividade aeróbica moderada por 150 minutos por semana (SBD, 2017b). Na amostra analisada, dos 23 pacientes com registro em prontuário do aspecto exercício físico: 60,9% declararam não realizar exercício físico, 39,1% relataram realizar exercício físico, apenas 11,5% contavam com o registro de tempo (minutos) por semana em que realizavam o exercício e destes apenas 3,8% (um paciente) relatou fazer exercício físico por tempo igual ou superior a 150 minutos por semana.

4.1 O perfil

O levantamento e análise dos dados deste estudo nos permite traçar em linhas gerais “quem é” este paciente que é atendido nas consultas de enfermagem.

Falando do contexto sociodemográfico percebemos que este paciente é do sexo feminino (há 10% menos indivíduos do sexo masculino na amostra), branca

(82,5%), casada (as mulheres aparecem com uma porcentagem 41,3% menor em comparação aos homens), com baixa escolaridade (nenhum tem nível superior completo e 37,5% contam apenas como ensino fundamental incompleto), católica (as outras religiões que aparecem também são de matriz cristã), natural do interior e residente na região metropolitana da capital; a idade dos pacientes mostra grande variação.

No que tange ao comparecimento às consultas e vinculação ao serviço, o grupo analisado como um todo tem grande número de faltas às CE. 70% faltaram a uma ou mais consultas no período analisado, sendo que destes 35% não realizaram nem mesmo a primeira consulta apesar de a terem agendado. O grupo do sexo feminino mostra uma frequência 14,2% maior de comparecimento a todas as consultas agendadas e um número 14,5% menor de faltas em comparação ao grupo do sexo masculino. A maioria (54,5%) comparece desacompanhada à CE.

Ao acessarmos os prontuários dos pacientes para busca e análise de resultados de exames laboratoriais de perfil lipídico e glicêmico percebeu-se uma escassez de exames próximos a data da CE e quando havia estes eram incompletos (alguns exames eram solicitados e outros não). Por considerar o resultado destes exames importante para o propósito deste trabalho decidiu-se considerar os resultados dos referidos exames realizados até seis meses antes ou após a data marcada para a primeira consulta na agenda de CE, mesmo assim o número de exames analisados foi inferior ao “n” da amostra.

Sob a ótica das DCNT e, principalmente do controle do DM2, temos indivíduos dislipidêmicos, com o DM2 não controlado, peso elevado, em uso de mais de 5 medicamentos (com destaque para a insulina), níveis de pressão arterial elevados, fazendo de 4 à 5 refeições ao dia e sem rotina adequada de exercícios físicos. Houve apenas um registro de hipoglicemia no momento da consulta, paciente do sexo masculino com glicemia capilar de 32mg/dl.

A média de idade dos pacientes é de 56,4 anos, ou seja, 3,6 anos antes do que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a idade para ser considerado idoso em um país em desenvolvimento como o Brasil (OMS, 2002). Isso

corroborar outros estudos sobre o DM2, demonstrando manifestação mais precoce da doença na população e com maior gravidade. (LASCAR et al., 2018). Há um número cada vez maior de pessoas jovens com DM2 e sabe-se que o tempo de exposição à doença leva a um aumento considerável no risco de complicações crônicas. Existem indícios, também, de que a DM2 de início precoce, antes dos 40 anos, tem uma apresentação mais agressiva, com surgimento prematuro de complicações graves. Essas complicações podem levar a redução ou perda da capacidade produtiva e ao aumento da carga em saúde pública. (LASCAR et al., 2018). Somando-se a transição demográfica, pela qual o Brasil passa, e a relação direta do processo de envelhecimento com o surgimento de DCNT (GOTTLIEB, 2011), pode-se compreender a heterogeneidade etária da amostra analisada perceptível pelo desvio padrão amostral de mais de 11 anos para ambos os sexos.

Via de regra após o diagnóstico inicial o DM2 é tratado baseado em medidas de mudança de estilo de vida e uso de hipoglicemiantes orais de várias classes. Novos estudos, porém, mostram que a insulina é um aliado importante e que deve ser usado mais precocemente e com mais frequência no controle da DM2, visto que o caráter crônico e progressivo da doença leva mais cedo ou mais tarde a uma ineficácia da terapia baseada em hipoglicemiantes orais no controle dos níveis glicêmicos. Os agravos causados por uma glicemia constantemente fora do alvo terapêutico superam e muito os possíveis efeitos indesejados da terapia com insulina (DORES, 2013; RÉA, 2014).

O grande número de pacientes em uso de insulina na amostra vem ao encontro das recomendações da Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) 2017/2018 sobre a insulinoterapia na DM2, onde a mesma aparece como terapia indicada para entrar no esquema terapêutico do DM2 logo ao diagnóstico, em casos que apresentam alto grau de descompensação metabólica; ser usada transitoriamente, nesses mesmos casos ou em situações especiais (perioperatórios, infecções, doenças intercorrentes); ser a forma principal de tratamento nos casos em que há autoimunidade envolvida; compor parte de um esquema combinado de tratamento em uma parcela significativa de pacientes com DM2 após alguns anos de evolução, e em esquemas mais complexos e intensivos, como os utilizados no DM1,

naquela parcela de pacientes com DM2 que evoluem com falência completa das células β do pâncreas. (SBD, 2017b). Vale ressaltar que as mudanças no estilo de vida se mantêm como recomendação para todos os casos diagnosticados de DM2 (SBD, 2017a).

Entretanto, mesmo com esse número de indivíduos em uso de ao menos um tipo de insulina, as médias de glicemia de jejum e hemoglobina glicada da amostra analisada mostram-se bastante acima das metas terapêuticas da SBD. A hemoglobina glicada, cuja meta é de ao redor de 7% em adultos e entre 7,5% e 8,5% em idosos, tem média na amostra de 9,8% com uma média ainda maior no sexo masculino (10,3%). Quanto à glicemia sérica em jejum que tem como alvo <100mg/dl, a média é de 211,7mg/dl, ou seja, mais que o dobro do desejado.(SBD, 2017b).

A polimedicação pode ser definida como a administração de mais de uma droga ou de um número excessivo de drogas diferentes, não existindo consenso na literatura atual quanto ao número de medicamentos que definiriam esse “excesso”. Dependendo da fonte, podem variar de duas a nove (VIEIRA, 2015). Neste estudo, constatou-se que 50% do total da amostra faz uso de cinco ou mais medicamentos ao mesmo tempo (o que na verdade totaliza 86,7% dos pacientes que possuíam o registro do número de medicações em uso na evolução da consulta).

A polimedicação se torna um problema de saúde pública à medida que onera o Estado (que precisa fornecer estes medicamentos pela rede pública de saúde) e que leva os pacientes, idosos em especial, a ter dificuldades para a utilização dos medicamentos, seja pela dificuldade de acesso (deslocar-se para retirar/adquirir os medicamentos) e, principalmente, a dificuldade de compreender a prescrição (ROSA; CAMARGO, 2014).

A dislipidemia, aumento no nível de colesterol e/ou de triglicerídeos no plasma ou baixa concentração de HDL e contribui para o desenvolvimento de aterosclerose (GOLDBERG, 2018), também aparece de forma bastante consistente, principalmente no que tange aos triglicerídeos. O nível considerado desejável para triglicerídeos, segundo a última atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e

Prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é <150mg/dl quando a medida é realizada em jejum. Neste estudo, a média da amostra foi de 280mg/dl. (FALUDI et al, 2017).

O nível médio de colesterol na amostra está dentro dos níveis desejáveis, bem como o HDL. O nível médio de LDL da amostra geral (88mg/dl) mostra níveis considerados de risco intermediário para doença cardiovascular por situar-se entre 70mg/dl e 100mg/dl, o que também ocorre ao analisarmos o sexo feminino e masculino separadamente (FALUDI et al, 2017).

Segundo a classificação da OMS 61,6% da amostra analisada encontra-se obesa. A obesidade consiste em excesso de gordura corporal e suas consequências dependem não somente da quantidade absoluta de gordura, mas também da sua distribuição. As complicações incluem, entre outras, a síndrome metabólica, osteoartrite e apneia obstrutiva do sono (YOUUDIM, 2018).

A questão cultural pode ser fator predisponente a dificuldade em realizar as mudanças necessárias na questão alimentar para melhor controle do peso e por consequência das outras doenças ligadas ao quadro de peso excessivo. Pela análise, os pacientes em sua maioria têm origem no interior do Rio Grande do Sul e, no momento, residem na capital e área metropolitana. Valores e hábitos alimentares da dieta dessa vivência no interior, lida aqui como rural e ativa, não conseguem ser modificadas de forma adequada na transição para a vida na cidade, urbana e sedentária, levando ao ganho de peso. (ALVES; COLAÇO, 2017).

O sobrepeso/obesidade quando somado ao DM2 e a dislipidemia evidenciam a síndrome metabólica, um agrupamento de fatores que aumenta o risco de doença cardiovascular de forma mais severa do que cada fator isoladamente (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encerrar este estudo concluímos que o desafio da CE em auxiliar no tratamento dos pacientes diabéticos é complexo pela própria característica de longa duração das DCNT, por recebermos pacientes já com inúmeras comorbidades e as limitações surgidas pelas manifestações destas patologias. A condição sociodemográfica também é fator a ser pesado com cuidado no planejamento e implementação das abordagens de cuidado a estes pacientes, pois tem influência direta na compreensão do estado de saúde e doença pelo próprio indivíduo, e na adoção das mudanças de estilo de vida e das terapêuticas farmacológicas para um controle e tratamento adequados do diabetes.

Ao olhar para o perfil traçado no presente estudo levantam-se inúmeras questões para o resultado obtido e que talvez possam ser utilizados em novas pesquisas: Há ligação das complicações articulares causadas pela obesidade com o reduzido número de pacientes que realizam atividade física? A polimedicação destes pacientes é realmente necessária e benéfica? Quais os reais motivos para não atingir as metas terapêuticas de controle glicêmico? Os pacientes conseguem seguir as prescrições de medicamentos corretamente?

Sugere-se também a criação de instrumento mais específico seja por registro físico, seja por registro eletrônico para as CE de modo a não se perderem dados importantes para o acompanhamento do paciente, principalmente pelo fato de o campo de estudo da amostra receber novos estudantes a cada semestre que realizam as CE sob orientação da enfermeira preceptora.

A realização de um novo estudo com o mesmo objetivo, mas com uma amostra maior e com registros diretos (realizados com o paciente na consulta e não recuperados dos registros do prontuário) pode ser considerada uma sugestão para confirmação dos dados encontrados.

REFERÊNCIAS

ALVES, Larissa de Farias; COLAÇO, Janine Helfest Leicht (Org.). Comer na cidade: mudanças alimentares, obesidade e êxodo rural na cidade de Goiânia, Goiás. In: COLAÇO, Janine Helfest Leicht; BARBOSA, Filipe Augusto Couto; ROIM, Talita Prado Barbosa (Org.). **Cidades e consumo alimentar**. Goiânia: Imprensa Universitária Digital, 2017. p. 121-143. Disponível em: <https://www.cegraf.ufg.br/up/688/o/ebook_cidades_consumo2.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES (Estados Unidos da América). Associação Americana de Diabetes (Ed.). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, Arlington, v. 37, n. 1, p.81-90, 19 dez. 2013. American Diabetes Association. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81>. Acesso em: 30 out. 2017.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (Estados Unidos da América). **About Metabolic Syndrome**. Disponível em: <<http://www.heart.org/en/health-topics/metabolic-syndrome/about-metabolic-syndrome>>. Acesso em: 25 nov. 2018

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. **Calculadoras: LDL - colesterol**. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=10>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. Comitê Executivo da Rede de Pessoas Com Doenças Crônicas. Ministério da Saúde (Org.). **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoas_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. Ministério da Saúde (Org.). **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (B. Textos Básicos de Saúde).

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>.

Acesso em: 23 set. 2017.

CARLOS, Diene Monique. **As Tecnologias leves no contexto da Estratégia De Saúde da Família: (Re)Organização do trabalho e das relações interpessoais**. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Campinas-SP, 2009. Disponível:

<http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02558.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009**. Brasil, 2009.

Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>.

Acesso em: 30 out. 2017.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Lei N 7.498/86, De 25 De Junho De 1986**. Brasil, 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 30 out. 2017.

DORES, JORGE. Insulinoterapia na diabetes mellitus tipo 2. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Portugal, v. 32, supl.1, p. 25-31, abr. 2013. Disponível em:

<<http://www.revportcardiol.org/pt-pdf-S0870255113700441>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

DUARTE, Camila Kümmel et al . Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 215-221, abr. 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2018

FALUDI, André Arpad et al . Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 109, n. 2, supl. 1, p. 1-76, ago. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017001100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170121>.

FONTBONNE, Annick. **Diabetes tipo 2: um cenário preocupante**. Brasil, 2013. Disponível em:<<http://dssbr.org/site/opinioes/diabetes-tipo-2-um-cenario-preocupante/>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

FRENK J. ***Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico***. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

GOLDBERG, Anne Carol. **Dislipidemia**. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/dist%C3%BArbios-lip%C3%ADicos/dislipidemia>>. Acesso em: 24 nov. 2018

GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle et al . Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 365-380, jun. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório de gestão do exercício de 2016**. Porto Alegre, 2017. Disponível em <https://www2.hcpa.edu.br/downloads/Comunicacao/relatorio_gesto_2016_-_tcu_-_final.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

IBGE. **Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais, projeção de população por sexo e idade para o Brasil, grandes regiões e unidades da federação**, 2013. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_m etodologica_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2017

LASCAR, Nadia et al. Type 2 diabetes in adolescents and young adults. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.69-80, jan. 2018. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30186-9](http://dx.doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30186-9). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213858717301869>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2017.

MERHY EE. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo, v3 ,pg 1953, Editora Hucitec, 2002. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

NEWMAN, T. B. et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.127-144.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **10 principais causas de morte**. Genebra, 2018. Disponível em: < <http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>. Acesso em: 28 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diabetes**. Genebra, 20__a. Disponível em:< <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>> Acesso em: 28 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doenças não comunicáveis**. Genebra, 2017 a. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>>. Acesso em: 25 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mortes por doenças não transmissíveis**. Genebra, 2017b. Disponível em: <http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total/en/>. Acesso em: 25 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Body mass index - BMI**. Genebra, 20___. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global Deaths by Cause, Age and Sex, 2000-2015**. Genebra, 20___. Disponível em: <http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GHE2015_Deaths_Global_2000_2015.xls?ua=1>. Acesso em: 25 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Active ageing: a policy framework**. Genebra, 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2017.

RÉA, ROSÂNGELA; Insulinização no diabetes tipo 2: quando e como?. **E-book Diabetes na prática clínica**, [S.L], v. 4, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/56-insulinizacao-no-diabetes-tipo-2>> , Acesso em: 25 nov. 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2017**. Brasil, 2017a Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/POSICIONAMENTO-OFFICIAL-SBD-02-2017-ALGORITMO-SBD-2017.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Brasil, 2017b Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 21, n. 4,p. 539-548, dez. 2012 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2017.

VIEIRA, Pedro Alexandre Fernandes. **Polimedicação no idoso**. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/43586756.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

YOUDIM, Adrienne. **Obesidade**. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-nutricionais/obesidade-e-s%C3%ADndrome-metab%C3%B3lica/obesidade>>. Acesso em: 24 nov. 2018

APÊNDICE - Formulário de coleta de dados

1)Paciente número:
2)Prontuário:
3)Idade:
4)Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
5) Data da primeira consulta:
6) Número de consultas realizadas:
7) Faltas:
8)Naturalidade:
9)Procedência:
10)Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> não informou/não registrado
11)Raça/Cor: <input type="checkbox"/> branco <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> pardo <input type="checkbox"/> amarelo <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> não informou/não registrado

12) Religião:
13) Veio acompanhado à primeira consulta? <input type="checkbox"/> S Quem? _____ <input type="checkbox"/> N
14) Veio acompanhado à última consulta registrada no período estudado? <input type="checkbox"/> S Quem? _____ <input type="checkbox"/> N
15) Profissão:
16) Escolaridade: <input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> ensino superior completo <input type="checkbox"/> ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> outro
17) Índice de massa corporal (IMC) 1ª consulta _____ Classificação: _____ 2ª consulta _____ Classificação: _____ 3ª consulta _____ Classificação: _____ 4ª consulta _____ Classificação: _____ 5ª consulta _____ Classificação: _____ 6ª consulta _____ Classificação: _____

7ª consulta _____ Classificação: _____

18) Glicemia capilar:

1ª consulta: _____ mg/dl Horas pós prandial: _____ Hipoglicemia ()

2ª consulta: _____ mg/dl Horas pós prandial: _____ Hipoglicemia ()

3ª consulta: _____ mg/dl Horas pós prandial: _____ Hipoglicemia ()

4ª consulta: _____ mg/dl Horas pós prandial: _____ Hipoglicemia ()

5ª consulta: _____ mg/dl Horas pós prandial: _____ Hipoglicemia ()

6ª consulta: _____ mg/dl Horas pós prandial: _____ Hipoglicemia ()

7ª consulta: _____ mg/dl Horas pós prandial: _____ Hipoglicemia ()

19) Exames bioquímicos:

Data: ___/___/___

HDL _____

LDL _____

Colesterol total _____

Triglicerídeos _____

Hb glicada _____

Glicemia de jejum _____

Data: ___/___/___

HDL _____

LDL _____

Colesterol total _____

Triglicerídeos _____

Hb glicada _____

Glicemia de jejum _____

Data: ___/___/___

HDL _____

LDL _____

Colesterol total _____

Triglicerídeos _____

Hb glicada _____

Glicemia de jejum _____

Data: ___/___/___

HDL _____

LDL _____

Colesterol total _____

Triglicerídeos _____

Hb glicada _____

Glicemia de jejum _____

Data: ___/___/___

HDL _____

LDL _____

Colesterol total _____

Triglicerídeos _____

Hb glicada _____

Glicemia de jejum _____

Data: ___/___/___

HDL _____

LDL _____

Colesterol total _____

Triglicerídeos _____

Hb glicada _____

Glicemia de jejum _____

Data: ___/___/___

HDL _____

LDL _____

Colesterol total _____

Triglicerídeos _____

Hb glicada _____

Glicemia de jejum _____

20) Pressão arterial:

1ª consulta: _____ X _____ mmHg

2ª consulta: _____ X _____ mmHg

3ª consulta: _____ X _____ mmHg

4ª consulta: _____ X _____ mmHg

5ª consulta: _____X_____mmHg
6ª consulta: _____X_____mmHg
7ª consulta: _____X_____mmHg
21) Número de medicamentos em uso na primeira consulta: <input type="checkbox"/> até 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais
22) Número de medicamentos em uso na última consulta registrada no período de estudo: <input type="checkbox"/> até 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais
23) Número de refeições ao dia na primeira consulta: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 a 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> outros
24) Número de refeições ao dia na última consulta registrada no período de estudo: <input type="checkbox"/> até 3 <input type="checkbox"/> 4 a 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> outros
26) Atividade física na última consulta registrada no período de estudo: <input type="checkbox"/> S Qual: _____ Minutos/semana: _____ <input type="checkbox"/> N

<p>27) Cuidados com os pés na primeira consulta:</p> <p><input type="checkbox"/>S</p> <p><input type="checkbox"/>N</p>
<p>28) Cuidados com os pés na última consulta registrada no período de estudo:</p> <p><input type="checkbox"/>S</p> <p><input type="checkbox"/>N</p>
<p>29) Uso de insulina na primeira consulta:</p> <p><input type="checkbox"/>S <input type="checkbox"/>NPH <input type="checkbox"/>Regular <input type="checkbox"/>Outra</p> <p><input type="checkbox"/>N</p>
<p>30) Uso de insulina na última consulta registrada no período de estudo :</p> <p><input type="checkbox"/>S <input type="checkbox"/>NPH <input type="checkbox"/>Regular <input type="checkbox"/>Outra</p> <p><input type="checkbox"/>N</p>
<p>31) Rodízio de aplicação da insulina na primeira consulta:</p> <p><input type="checkbox"/>S</p> <p><input type="checkbox"/>N</p>
<p>32) Rodízio de aplicação da insulina na última consulta registrada no período de estudo::</p> <p><input type="checkbox"/>S</p> <p><input type="checkbox"/>N</p>

ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<p>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE DIABÉTICOS ATENDIDOS EM CONSULTA DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 28 de dezembro de 2017.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Maria Luiza Paz Machado	<i>Maria Luiza Paz Machado</i>
Eliana Sayuri Seki	<i>Eliana Sayuri Seki</i>

ANEXO B – Aprovação da Compesq

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Maria Luiza Paz Machado				
Dados Gerais:				
Projeto Nº:	34328	Título:	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E DE SAUDE DE DIABETICOS ATENDIDOS EM CONSULTA DE ENFERMAGEM EM AMBULATORIO DE HOSPITAL UNIVERSITARIO.	
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	01/01/2018	Previsão de conclusão: 30/11/2018
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado		
Local de Realização:	não informado			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.				
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes adultos diabéticos atendidos em consulta de enfermagem.</div>			
Palavras Chave:				
CONSULTA DE ENFERMAGEM; DIABETES MELLITUS				
Equipe UFRGS:				
Nome: MARIA LUIZA PAZ MACHADO Coordenador - Início: 01/01/2018 Previsão de término: 30/11/2018				
Avaliações:				
Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 28/03/2018 Clique aqui para visualizar o parecer				

ANEXO C – Aprovação do comitê de ética

HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 170686

Data da Versão do Projeto: 28/12/2017

Pesquisadores:

MARIA LUIZA PAZ MACHADO

ELIANA SAYURI SEKI

Título: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE DIABÉTICOS ATENDIDOS EM CONSULTA DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 19 de março de 2018.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA