

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO**

**PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES**  
***MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PESQUISA CONVERGENTE**  
**ASSISTENCIAL**

**ALFENAS/MG**  
**2025**

**MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO**

**PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES  
*MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PESQUISA CONVERGENTE  
ASSISTENCIAL**

Tese apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.  
Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em Enfermagem.  
Orientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava  
Coorientadora: Profa. Dra. Roberta Seron Sanches

**ALFENAS/MG  
2025**

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas  
Biblioteca Central

Assunção, Munyra Rocha Silva.

Protocolo de consulta de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde : pesquisa convergente assistencial / Munyra Rocha Silva Assunção. - Alfenas, MG, 2025.

355 f. : il. -

Orientador(a): Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.

Bibliografia.

1. Diabetes mellitus. 2. Atenção primária à saúde. 3. Enfermagem. 4. Processo de enfermagem. 5. Protocolos. I. Fava, Silvana Maria Coelho Leite, orient. II. Título.

## MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO

### PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Tese apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 03 de dezembro de 2025.

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

Presidente da Banca Examinadora

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio

Instituição: Universidade Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Mônica La Salette da Costa Godinho

Instituição: Universidade Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Lilian Cristiane Gomes

Instituição: Universidade Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. Eduardo de Figueiredo Peloso

Instituição: Universidade Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Silvana Maria Coelho Leite Fava, Professor do Magistério Superior**, em 03/12/2025, às 15:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1680256** e o código CRC **6FE44B19**.

A Deus, fonte de fortaleza e sabedoria, por iluminar meus caminhos e sustentar minha fé em cada etapa desta jornada. Sua presença guia minhas escolhas e é alento nos momentos de incerteza.

A São Bento, pela intercessão constante, pela proteção, serenidade e coragem diante dos desafios.

Ao meu esposo, Marco Aurélio, pelo incentivo incondicional, paciência, amor e respeito. Por compreender as ausências, celebrar as conquistas e ser presença firme em todos os momentos desta caminhada.

À minha filha, Olívia, que, antes mesmo de chegar ao mundo, já transformou o meu. Sua presença em meu ventre me ensinou o verdadeiro sentido da força e do amor, trazendo coragem, serenidade, esperança e fé.

Aos meus pais, Ailton e Eliana, exemplos de dedicação, coragem e generosidade. Por me ensinarem o valor da fé, do trabalho e da perseverança, e por acreditarem em mim mesma quando o caminho parecia distante.

À minha irmã, Maria Laura, pelo incentivo, companheirismo e apoio constante. Por dividir alegrias e me lembrar que sou capaz.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção, orientação e força ao longo desta jornada, permitindo que cada desafio se transformasse em aprendizado e superação.

A São Bento e a Nossa Senhora Aparecida, pela intercessão e amparo constante, trazendo coragem e serenidade nos momentos mais difíceis.

Ao meu esposo, Marco Aurélio, por ser meu maior incentivador, por sonhar os meus sonhos, e pelo amor e paciência que me motivaram a seguir nos momentos de cansaço.

À minha filha, Olívia, que, mesmo antes de chegar ao mundo, me inspirou e motivou, tornando cada esforço significativo e iluminando o caminho desta caminhada.

Aos meus pais, Ailton e Eliana, pelo apoio constante e por acreditarem em mim mesma quando os desafios pareciam grandes demais.

À minha irmã, Maria Laura, pelo carinho, companheirismo e incentivo, que tornaram a caminhada mais leve

Aos meus amigos de Monte Belo-MG e Alfenas-MG, pela amizade, incentivo, presença acolhedora, que me encorajaram nos momentos de dúvidas e desafios.

À minha orientadora, Silvana, e à minha coorientadora, Roberta, pelo acompanhamento constante ao longo dos anos, pelo estímulo, confiança e entendimento, vocês foram fundamentais para a realização deste sonho.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, pelo compartilhamento de conhecimento, experiência e inspiração, contribuindo para minha formação acadêmica.

Aos membros da banca examinadora, pelo tempo dedicado, pelas contribuições valiosas e pelo olhar crítico-reflexivo que enriqueceram esta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Monte Belo-MG, pela confiança e apoio institucional, que viabilizaram a realização desta pesquisa.

Aos enfermeiros dos serviços de Atenção Primária à Saúde de Monte Belo-MG, pela colaboração, disponibilidade, comprometimento e aprendizado, permitindo a execução desta pesquisa com excelência.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a conclusão desta caminhada, deixando sua marca e contribuindo de alguma forma para a realização deste sonho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“O Senhor firmará os teus passos e te sustentará com a Sua mão.”  
(Salmo 37:23-24)

## RESUMO

O Diabetes *mellitus* é uma condição crônica com expressiva magnitude e crescente prevalência mundial, configurando-se como um dos principais desafios para os sistemas de saúde. Na Atenção Primária à Saúde, o enfermeiro desempenha papel estratégico no manejo do diabetes, tendo a consulta de enfermagem, sustentada pelo Processo de Enfermagem e por referenciais teóricos, eixo fundamental para o cuidado integral e sistematizado. Entretanto, a consulta ainda é conduzida de forma fragmentada, pouco respaldada por referenciais teóricos e carente de padronização metodológica. Estudo com objetivo geral de desenvolver em conjunto com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do estado de Minas Gerais um protocolo de consulta de enfermagem às pessoas com Diabetes *mellitus*. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, ancorada no referencial teórico do Construcionismo Social, que integrou o fazer e o pensar da enfermagem em um processo participativo e transformador. O percurso metodológico compreendeu duas etapas, uma revisão de escopo, conduzida segundo os princípios do *Joanna Briggs Institute*, que mapeou a produção científica sobre a consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes *mellitus* na atenção primária; e um estudo qualitativo, realizado em quatro Estratégias de Saúde da Família, duas Equipes de Atenção Primária e um Centro de Saúde, com a participação de oito enfermeiros. A coleta ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, e os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin; e três grupos de convergência, com o uso de diário de campo e registros das notas. A revisão, composta por 78 estudos, revelou que a consulta de enfermagem é frequentemente restrita à dimensão clínica imediata, com baixa incorporação das etapas do processo de enfermagem e escassez de instrumentos sistematizados que orientem o cuidado. As entrevistas evidenciaram a valorização da consulta como instrumento para o cuidado integral, a ampliação da autonomia profissional e a qualificação da prática clínica, mas também apontaram limitações estruturais e sobrecarga de trabalho como barreiras à sua implementação. Nos grupos de convergência, os enfermeiros participaram ativamente da construção e seleção dos conteúdos prioritários, organização das etapas do processo e definição dos componentes estruturantes do protocolo. Foram pactuadas diretrizes clínicas, discutidas barreiras e potencialidades e delineadas orientações de autocuidado. A integração entre o conhecimento científico e os saberes locais resultou na elaboração e validação participativa do protocolo de consulta de enfermagem à pessoa com diabetes na atenção primária, garantindo adequação à realidade dos serviços e viabilidade de aplicação. O protocolo constitui uma tecnologia cuidadoso-educacional de natureza leve-dura, sustentada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas e

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. O protocolo propõe um modelo sistematizado, participativo e centrado na pessoa, capaz de orientar a prática clínica, fortalecer a autonomia profissional e aprimorar a resolutividade da atenção primária no cuidado à pessoa com diabetes. Conclui-se que o desenvolvimento do protocolo, por meio da Pesquisa Convergente Assistencial, reafirma o potencial desse método para integrar investigação, prática e transformação social, promovendo a produção de tecnologias assistenciais inovadoras e contribuindo para a consolidação da enfermagem como ciência aplicada ao cuidado.

Palavras-chave: diabetes mellitus; atenção primária à saúde; enfermagem; cuidados de enfermagem; processo de enfermagem; protocolos.

## ABSTRACT

Diabetes *mellitus* is a chronic condition with significant magnitude and growing prevalence worldwide, posing one of the main challenges for health systems. In Primary Health Care, nurses play a strategic role in diabetes management, with nursing consultations, supported by the Nursing Process and theoretical references, being a fundamental axis for comprehensive and systematic care. However, consultations are still conducted in a fragmented manner, with little support from theoretical references and a lack of methodological standardization. This study had the overall objective of developing, in conjunction with primary health care nurses in a municipality in the south of the state of Minas Gerais, a protocol for nursing consultations with people with diabetes *mellitus*. It is a convergent care study, anchored in the theoretical framework of social constructionism, which integrated nursing practice and thinking in a participatory and transformative process. The methodological approach comprised two stages: a scope review, conducted according to the principles of the Joanna Briggs Institute, which mapped scientific production on nursing consultations for people with diabetes *mellitus* in primary care; and a qualitative study, carried out in four Family Health Strategies, two Primary Care Teams, and one Health Center, with the participation of eight nurses. Data collection was performed through semi-structured interviews, and the data were analyzed according to Bardin's Content Analysis and three convergence groups, using field diaries and note records. The review, comprising 78 studies, revealed that nursing consultations are often restricted to the immediate clinical dimension, with low incorporation of the stages of the nursing process and a scarcity of systematized instruments to guide care. The interviews highlighted the value of consultation as a tool for comprehensive care, increased professional autonomy, and improved clinical practice, but also pointed to structural limitations and work overload as barriers to its implementation. In the convergence groups, nurses actively participated in the construction and selection of priority content, organization of the stages of the process, and definition of the structural components of the protocol. Clinical guidelines were agreed upon, barriers and potentialities were discussed, and self-care guidelines were outlined. The integration of scientific knowledge and local knowledge resulted in the participatory development and validation of the nursing consultation protocol for people with diabetes in primary care, ensuring its suitability to the reality of the services and feasibility of application. The protocol constitutes a light-hard care-educational technology, supported by the Theory of Basic Human Needs and the International Classification for Nursing Practice. The protocol proposes a systematized, participatory, and person-centered model capable of guiding clinical practice,

strengthening professional autonomy, and improving the effectiveness of primary care for people with diabetes. It is concluded that the development of the protocol, through Convergent Care Research, reaffirms the potential of this method to integrate research, practice, and social transformation, promoting the production of innovative care technologies and contributing to the consolidation of nursing as a science applied to care.

Keywords: diabetes mellitus; primary health care; nursing; nursing care; nursing process; protocols.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos de acordo com o (PRISMA-ScR). Alfenas, MG, Brasil, 2024.....	51
Figura 2 - Mapeamento das publicações de acordo com os países. Alfenas, MG, Brasil, 2024.....	52
Figura 3 - Avaliação de enfermagem na consulta à pessoa com DM e sua interconexão entre as Necessidades Humanas Básicas. Alfenas, MG, Brasil, 2024.....	53
Figura 4 - Diagnósticos de Enfermagem em DM por meio do mapeando das necessidades das pessoas na APS. Alfenas, MG, Brasil, 2024.....	54
Figura 5 - Planejamento do cuidado em diabetes na APS. Alfenas, MG, Brasil, 2024.....	55
Figura 6 - Implementação de enfermagem no cuidado à pessoa com DM. Alfenas, MG, Brasil, 2024.....	56
Figura 7 - Evolução do cuidado em DM. Alfenas, MG, Brasil, 2024.....	57
Figura 8 - Integração das fontes de dados na fase da síntese para a construção do conhecimento. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	96

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Crêterios de elegibilidade com base na Estratégia, Popula�o, Contexto e Conceito (PCC). Alfenas, MG, Brasil, 2024.....	49
Quadro 2 -	Caracteriza�o dos estudos de acordo com a identifica�o, o tipo de fonte, o título do estudo e o ano. Alfenas, MG, Brasil, 2024.....	52
Quadro 3 -	Componentes e aplica�es da fase de perscruta�o segundo a PCA. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	88
Quadro 4 -	Síntese da fase de apreensão: fonte de dados, procedimentos na apreensão, categorias e uso na estrutura�o do protocolo. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	93
Quadro 5 -	Eixos temáticos construídos no processo de apreensão e sua rela�o com os códigos do estudo sobre consulta de enfermagem � pessoa com DM na APS. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	96
Quadro 6 -	Síntese dos achados da revisão de escopo e sua contribui�o para a constru�o do protocolo. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	106
Quadro 7 -	Materiais norteadores utilizados nas contribui�es para o protocolo e para os grupos de convergência. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	108
Quadro 8 -	Etapa 1: Avalia�o de Enfermagem - domínios, se�es e itens avaliados alinhados � TNHB. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	122
Quadro 9 -	Etapa 2: Diagnósticos de Enfermagem segundo a CIPE 2019-2020 alinhados � TNHB. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	124
Quadro 10 -	Etapa 3: Planejamento de Enfermagem de acordo com a TNHB. Alfenas, MG, 2025.....	127
Quadro 11 -	Etapa 5: Evolu�o de Enfermagem - Indicadores monitorados e avaliados. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	140
Quadro 12 -	Primeiro grupo de convergência - Histórico de enfermagem (identifica�o e anamnese). Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	142
Quadro 13 -	Segundo grupo de convergência - Histórico (avalia�o clínica das necessidades de saúde), Diagnósticos, Planejamento, Implementa�o e Evolu�o de Enfermagem. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	162
Quadro 14 -	Sistema de estratifica�o de risco e frequência de triagem dos p�s de acordo com o IWGDF, 2023. Alfenas, MG, 2025.....	178

Quadro 15 - Terceiro grupo de convergência - validação participativa e coletiva do protocolo. Alfenas, MG, Brasil, 2025.....	194
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	American Diabetes Association
ALAD	Asociación Latino-Americana de Diabetes
AMGC	Automonitorização da Glicemia Capilar
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE	Consulta de Enfermagem
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CSAP	Condição Sensível à Atenção Primária
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAP	Doença Arterial Periférica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
DMG	Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional

eAP	Equipe de Atenção Primária
EMBASE	Excerpta Medica Database
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
GC	Grupo de Convergência
GC	Glicemia Capilar
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICN	International Council of Nurses
IDF	International Diabetes Federation
IE	Intervenções de Enfermagem
IMC	Índice de Massa Corporal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IWGDF	International Working Group on the Diabetic Foot
JBI	Joanna Briggs Institute
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
LILACS	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NA	Nota de Assistência
NC	Nota de Convergência
ND	Nota de Discussão
NH	Necessidades Humanas
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	Nursing Interventions Classification
NM	Nota Metodológica
NO	Nota de Observação
NOC	Nursing Outcomes Classification
NT	Nota Teórica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

OSF	Open Science Framework
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PCC	População, Conceito, Contexto
PE	Processo de Enfermagem
PEN	Package of Essential Noncommunicable
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RE	Resultados de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SCOPUS	SciVerse Scopus
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCE	Tecnologias Cuidativo – educacionais
TNHB	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
TSH	Hormônio Estimulante da Tireoide
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
WHO	World Health Organization
WOS	Web of Science

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
<b>4</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>32</b>
4.1	DIMENSIONALIDADE DO DIABETES <i>MELLITUS</i> NO BRASIL E NO MUNDO.....	32
4.2	INTERFACE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	34
4.3	CONSULTA DE ENFERMAGEM E APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	36
4.4	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM EM DIFERENTES PERSPECTIVAS.....	39
4.5	PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM FOCADOS NAS NECESSIDADES DA PESSOA .....	42
4.6	PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL NA CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM .....	46
4.7	CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES <i>MELLITUS</i> NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO.....	47
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO</b> .....	<b>70</b>
5.1	TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS NO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	70
5.2	CONSTRUCIONISMO SOCIAL: PERSPECTIVA DIALÓGICA E COLABORATIVA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	72
5.3	PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL: FUNDAMENTAÇÃO EPISTEMOLÓGICA E METODOLÓGICA DE TRANSFORMAÇÃO E INOVAÇÃO NA ENFERMAGEM DA PRÁTICA.....	75
<b>6</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>81</b>
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	81
6.2	TRAJETÓRIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	81

<b>6.2.1 Fase de concepção</b> .....	81
<b>6.2.2 Fase de instrumentação</b> .....	83
6.2.2.1 Tipo de estudo .....	83
6.2.2.2 Cenário do estudo .....	83
6.2.2.3 Negociação da proposta e os participantes do estudo.....	84
6.2.2.4 Técnicas de coleta de dados.....	85
6.2.2.5 Reuniões entre equipe de pesquisa .....	86
<b>6.2.3 Fase de perscrutação</b> .....	87
6.2.3.1 Entrevistas com os enfermeiros .....	88
6.2.3.2 Grupos de convergência .....	89
<b>6.2.4 Fase de análise</b> .....	92
6.2.4.1 Processo de Apreensão .....	92
6.2.4.2 Processo de Síntese.....	97
6.2.4.3 Processo de Teorização .....	99
6.2.4.4 Processo de Transferência .....	100
<b>6.3 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	101
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>103</b>
<b>7.1 CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM</b> .....	105
<b>7.1.1 Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes <i>mellitus</i> na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo</b> .....	105
<b>7.1.2 Referenciais normativos e teóricos que fundamentaram os grupos de convergência e a elaboração do protocolo</b> .....	107
<b>7.1.3 Consulta de Enfermagem à pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde: análise da prática</b> .....	109
<b>7.1.4 Elaboração da proposta inicial do protocolo</b> .....	120
<b>7.1.5 Construção do protocolo com enfermeiros nos grupos de convergência</b> .....	141
7.1.5.1 Construção participativa do protocolo: primeiro grupo de convergência .....	141
7.1.5.2 Construção participativa do protocolo: Segundo Grupo de Convergência .....	161
7.1.5.3 Terceiro Grupo de Convergência: produto parcial e validação com os enfermeiros .	193
<b>7.1.6 “Protocolo de consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes <i>mellitus</i> na Atenção Primária à Saúde”: produto final da pesquisa</b> .....	200
<b>8 DISCUSSÃO</b> .....	<b>202</b>

8.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA ESTRUTURANTE DO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS: FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS E DESAFIOS PARA A PRÁTICA.....	203
<b>8.1.1 Consulta de Enfermagem: estratégia, centralidade, potencialidades e barreiras na Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>203</b>
<b>8.1.2 Integração entre Teoria das Necessidades Humanas Básicas, Classificação Internacional para Prática de Enfermagem e Processo de Enfermagem: fundamentos estruturantes da consulta de enfermagem.....</b>	<b>205</b>
8.2 AUTONOMIA PROFISSIONAL, PROTAGONISMO E FORTALECIMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	208
8.3 TECNOLOGIAS, INOVAÇÃO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM .....	211
<b>9 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA .....</b>	<b>214</b>
<b>10 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: PRÁTICA, ENSINO E PESQUISA .</b>	<b>215</b>
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>217</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>257</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>291</b>

## APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na Enfermagem foi construída com base na integração entre assistência, ensino, pesquisa e extensão, com ênfase no cuidado à pessoa com condições crônicas, especialmente o *Diabetes Mellitus*.

Desde o início da graduação em Enfermagem (2013) na Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), estive envolvida em projetos de pesquisa e extensão com foco no cuidado e gestão do cuidado, a fim de promover o autocuidado e educação em saúde, o que despertou meu interesse por práticas baseadas em evidências, com articulação entre teoria e prática, voltadas à integralidade do cuidado.

Após minha formação em Enfermagem, atuei como enfermeira assistencial e supervisora (2018) na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte Belo, vivência que me permitiu aprofundar o olhar sobre os desafios e as potencialidades da prática clínica, principalmente no cuidado às pessoas com doenças crônicas. Essa experiência foi fundamental para fortalecer minha compreensão da importância de protocolos que orientem e qualifiquem a tomada de decisão clínica do enfermeiro.

Posteriormente, ao ser aprovada como professora substituta na UNIFAL (2019) pude vivenciar a docência no ensino superior, um espaço que sempre me inspirou. A experiência ampliou minha perspectiva crítica sobre a formação em enfermagem e reforçou meu desejo de contribuir com práticas pedagógicas e científicas que impactassem diretamente na qualidade da assistência prestada.

No mestrado em Enfermagem (2020), desenvolvi uma pesquisa no município onde nasci, cresci e resido até hoje, sobre as ações desenvolvidas pela Atenção Básica para o controle do *Diabetes Mellitus*. O estudo evidenciou lacunas na sistematização do cuidado e na implementação de protocolos para orientar a prática profissional. Esse percurso consolidou meu compromisso em contribuir para o fortalecimento da consulta de enfermagem como espaço estratégico de cuidado e de tomada de decisão clínica.

Para o Doutorado (2022), a escolha pela temática adveio diretamente da minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal. Em especial, no mestrado, com uma experiência marcante que me permitiu analisar de perto a realidade da Atenção Primária à Saúde local, especialmente no cuidado à pessoa com *Diabetes Mellitus*. Assim, o Doutorado me permitiu a continuidade e aprofundamento desse processo, com o objetivo de elaborar e validar um protocolo de consulta de enfermagem voltado às pessoas com DM na APS do meu município.

Minha motivação é oferecer uma ferramenta aplicável ao contexto local e referenciais teóricos, que contribuam para a qualificação do cuidado, ampliação da autonomia profissional, por meio de uma prática clínica segura, centrada na pessoa, com vistas a fortalecer o controle efetivo da doença e o cuidado em rede. Trata-se de um compromisso ético e científico, princípios que regem a minha profissão e com a qual continuo profundamente conectada.

Dessa forma, considera-se um projeto de pesquisa com potencial significativo de impacto na prática clínica e na política pública de saúde do município, reafirmando o compromisso da Enfermagem com o cuidado centrado na pessoa e com a transformação da realidade dos serviços de saúde. Tal perspectiva justifica e fortalece a escolha da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como referencial metodológico para a condução do estudo.

Conforme preconiza a PCA, a negociação para a realização deste estudo iniciou-se com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação da Atenção Básica e, em seguida, com os enfermeiros diretamente envolvidos na investigação. O objetivo inicial da pesquisa foi apresentado de forma clara, com vistas a garantir a continuidade e a efetivação das mudanças na prática assistencial. Durante todo o processo, buscou-se preservar a identidade coletiva entre os participantes, elemento central da abordagem proposta pela PCA (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 202; Trentini; Paim; Silva, 2023).

Na fase de concepção da PCA, a construção da fundamentação teórica configura-se como etapa importante, pois subsidia a compreensão aprofundada do fenômeno e orienta todo o percurso metodológico (Trentini; Paim; Silva, 2014). Com base nesse pressuposto, foi realizada uma busca intencional e criteriosa de materiais que abordassem a temática em estudo, considerando a relevância científica e a contribuição para a prática assistencial.

As buscas foram realizadas em bases e portais científicos reconhecidos na área da saúde. Também foram consultados documentos elaborados por sociedades científicas de referência internacional e nacional, assim como por órgãos oficiais. Sendo analisados documentos normativos relacionados às políticas públicas de saúde, com ênfase nas diretrizes sobre o cuidado e a Consulta de Enfermagem (CE) à pessoa com Diabetes *Mellitus* (DM) na Atenção Primária à Saúde (APS), abrangendo os âmbitos federal, estadual e municipal.

Como parte da construção da base conceitual do estudo, foi realizada uma revisão de escopo com o objetivo de mapear e analisar a produção científica disponível sobre a CE à pessoa com DM na APS. Os resultados dessa revisão, articulados aos demais materiais selecionados, fundamentaram teoricamente as etapas subsequentes da pesquisa.

Nesse contexto, a investigação foi estruturada em torno da consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes *Mellitus* na Atenção Primária à Saúde, definindo-se como propósito

central o desenvolvimento coletivo de um protocolo de consulta de enfermagem, em parceria com enfermeiros atuantes na APS de um município do Sul do estado de Minas Gerais.

A condução do estudo foi orientada pelas seguintes questões norteadoras: “Qual a contribuição que os enfermeiros atribuem ao protocolo para a consulta de enfermagem às pessoas com DM?” e “O que deve ser contemplado no protocolo de consulta de enfermagem às pessoas com DM no município em estudo?”, considerando as especificidades do contexto local e da prática profissional.

Com base nessas questões, estabeleceu-se como objetivo: “Desenvolver em conjunto com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um município do Sul de Minas Gerais um protocolo de consulta de enfermagem às pessoas com Diabetes *Mellitus*”.

Para a construção do protocolo de CE à pessoa com DM na APS, esta Tese está organizada e estruturada da seguinte forma:

No **Capítulo 1** apresento a Introdução, que contempla a problematização do objeto de estudo e as questões de pesquisa.

No **Capítulo 2** descrevo a justificativa para realização do presente estudo.

No **Capítulo 3** apresento os objetivos da Tese.

No **Capítulo 4** descrevo a fundamentação teórica, organizada em sete eixos temáticos: “Dimensionalidade do diabetes *mellitus* no brasil e no mundo”; “Interface da atenção primária à saúde no cuidado à pessoa com diabetes *mellitus*”; “Consulta de enfermagem e aplicabilidade do processo de enfermagem à pessoa com diabetes *mellitus*”; “Classificação internacional para a prática da enfermagem em diferentes perspectivas”; “Protocolos de enfermagem focados nas necessidades de saúde”; “Pesquisa convergente assistencial na construção de protocolos de enfermagem” e “Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes *mellitus* no contexto da atenção primária à saúde: revisão de escopo”. O último eixo corresponde às principais evidências científicas da revisão de escopo.

No **Capítulo 5**, apresento o referencial teórico e metodológico, fundamentado em três pilares: “Teoria das necessidades humanas básicas no cuidado à pessoa com diabetes *mellitus*”; “Construcionismo social: perspectiva dialógica e colaborativa na produção do cuidado”; e “Pesquisa convergente assistencial: fundamentação epistemológica e metodológica de transformação e inovação na enfermagem da prática”

No **Capítulo 6**, descrevo a trajetória metodológica do estudo, conduzida sob a abordagem da PCA. A produção de dados foi estruturada a partir da pesquisa qualitativa. Além disso, foi incorporada a revisão de escopo e análise de documentos normativos, diretrizes técnicas e políticas públicas, considerados elementos teórico-analíticos fundamentais para o

embasamento da prática analisada, o aprofundamento da reflexão crítica e a construção participativa do protocolo assistencial proposto.

No **Capítulo 7**, apresento uma descrição dos resultados da revisão de escopo e dos dados qualitativos, para a compreensão geral dos achados da pesquisa e construção do protocolo de consulta de enfermagem. Estes contemplam os resultados advindos da análise de dados de pesquisa e da prática assistencial e estão apresentados nos seguintes subitens: 7.1.1 Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo; 7.1.2 Referenciais normativos e teóricos que fundamentaram os grupos de convergência e a elaboração do protocolo; 7.1.3 Consulta de Enfermagem à pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde: análise da prática; 7.1.4 Elaboração da proposta inicial do protocolo; 7.1.5 Construção do protocolo com enfermeiros nos grupos de convergência; 7.1.6 “Protocolo de consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde”: produto final da pesquisa.

O **Capítulo 8** apresenta a discussão dos achados da pesquisa à luz da PCA, buscando compreender a prática assistencial de enfermagem em seu contexto real. A análise contempla os elementos que estruturam o ambiente, os processos e a organização do cuidado, com foco na CE à pessoa com DM na APS. O capítulo está organizado em três eixos temáticos que abordam, respectivamente: os fundamentos teórico-metodológicos e os desafios da consulta de enfermagem como tecnologia estruturante do cuidado; a autonomia profissional, protagonismo e o fortalecimento do raciocínio clínico do enfermeiro; e, por fim, o papel das tecnologias e da inovação na promoção da integralidade do cuidado.

O **Capítulo 9** descreve as Contribuições da pesquisa que aborda os avanços teóricos, tecnológicos e sociais resultantes do estudo, destacando a integração entre a TNHB, a CIPE® e o PE como base da clínica de enfermagem na APS.

O **Capítulo 10** corresponde às Implicações para a enfermagem: prática, ensino e pesquisa, evidencia que a articulação entre a TNHB, a CIPE® e o PE fortalece a prática, o ensino e a pesquisa na Enfermagem. O protocolo de CE desenvolvido amplia a resolutividade do cuidado, fortalece a autonomia profissional e aproxima teoria e prática na formação.

E o **Capítulo 11** apresenta as Considerações finais, que reafirma a CE como prática essencial no cuidado à pessoa com DM na APS. E evidencia a PCA na construção e validação do protocolo, configurando uma tecnologia cuidado-educacional que fortalece a autonomia profissional, amplia a resolutividade da APS e contribui para o fortalecimento do SUS e da Enfermagem como ciência do cuidado.

A seguir, apresenta-se a contextualização da problemática e a delimitação do objeto de estudo.

## 1 INTRODUÇÃO

As condições crônicas são agravos na saúde das pessoas que se apresentam de forma persistente. De início e evolução lenta, possuem múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilo de vida, exposição aos fatores ambientais e fisiológicos, nas quais exigem respostas sociais reativas ou proativas e ações contínuas e integradas do sistema, dos profissionais de saúde e das pessoas para o seu controle efetivo (Mendes, 2018).

Dentre as condições crônicas, destaca-se o Diabetes *Mellitus* (DM), foco de interesse deste estudo, caracterizado pela presença de hiperglicemia crônica. Trata-se de uma doença representada por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, cuja etiopatologia heterogênea inclui defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou ambos, e distúrbios no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas (*World Health Organization-WHO*, 2019).

A insulina é um hormônio peptídico secretado pelas células  $\beta$  das ilhotas pancreáticas em resposta à elevação da glicose plasmática. A sua ligação ao receptor de insulina, uma tirosina quinase transmembrana, desencadeia uma cascata de sinalização intracelular que culmina na translocação dos transportadores de glicose do tipo GLUT4 para a membrana plasmática de miócitos e adipócitos, o que promove maior captação de glicose e redução da glicemia. Concomitantemente, a insulina estimula a glicogênese no fígado e no músculo esquelético e inibe a gliconeogênese e a glicogenólise hepáticas, regulando o armazenamento e a utilização da glicose como principal substrato energético (Galicia-Garcia *et al.*, 2020).

Em 2024, estimou-se que 589 milhões de adultos entre 20 e 79 anos viviam com diabetes no mundo, o que representa 11,1% dessa população. As projeções indicam que esse número alcançará 853 milhões até 2050, correspondendo a 13% da população adulta global (*International Diabetes Federation-IDF*, 2025).

No Brasil, há aproximadamente 17 milhões de adultos com diabetes entre 20 e 79 anos, com uma prevalência geral de 10,7%. A projeção para 2050 será de 24 milhões de pessoas com diabetes. Em relação ao Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) são cerca de 16,3 milhões e ao Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) são 797 mil pessoas em todas as faixas etárias; não diagnosticados com diabetes estima-se que 30,4% dos adultos. A prevalência de homens foi de 11,3% e as mulheres de 10,9% (IDF, 2025).

Em 2024, os gastos globais com diabetes superaram a marca de 1 trilhão de dólares, o que representa 11,9% de todo o gasto mundial em saúde. A projeção para 2050 é de 1,043

trilhão de dólares. O Brasil apresenta um dos maiores gastos totais com diabetes no mundo, ocupou o 3º lugar global, com 45,1 bilhões de dólares no ano de 2024 (IDF, 2025).

A mortalidade no mundo foi de 3,4 milhões de pessoas, o que representa 9,3% de todas as mortes globais, no Brasil e América Latina em 2024, foram 224 mil mortes (IDF, 2025).

O DM é classificado em DM1, DM2, Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) e defeitos genéticos das células Beta. Essa classificação é importante para determinar a terapia empregada (*American Diabetes Association- ADA*, 2023), sendo necessários cuidados clínicos e ações de cuidados dos profissionais de saúde para tratamentos congruentes às necessidades (WHO, 2019).

O controle inefetivo do DM ao longo do tempo causa danos ao organismo, com o desenvolvimento de complicações, como nefropatia, distúrbios visuais e amputações, e as incapacitações, incidindo sobre a qualidade de vida e risco de vida às pessoas (IDF, 2025; Sociedade Brasileira de Diabetes- SBD, 2019; SBD, 2023). Diante desse cenário, torna-se urgente a implementação de estratégias coordenadas e eficazes para o manejo do diabetes.

Nesse contexto, o Pacto Global do Diabetes, lançado pela Organização Mundial da Saúde em (2021) propõe uma resposta coordenada à crescente carga global do diabetes, com foco na equidade no acesso ao cuidado. Seu objetivo central é garantir que todas as pessoas com diabetes tenham acesso a diagnóstico, tratamento e cuidados de qualidade, especialmente em países de baixa e média renda. Para isso, estabelece oito eixos de ação, nos quais destaca a importância da participação ativa das pessoas com diabetes na formulação e implementação das estratégias: articulação entre setores, integração do cuidado ao diabetes na atenção primária e na cobertura universal de saúde, estímulo à inovação tecnológica acessível, ampliação do acesso a medicamentos essenciais, definição de metas globais de cobertura, apoio a populações em situações humanitárias, educação em saúde e fortalecimento dos sistemas de saúde.

No Brasil, para reduzir as taxas da doença e de complicações, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que visam garantir a oferta de atenção contínua e integral à saúde da população (Brasil, 2010), por meio de ações de melhor qualidade, que gerem indicadores de saúde e impactem positivamente na saúde das pessoas (Brasil, 2015).

Nesta vertente, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada no sistema de saúde e tem a finalidade de controlar o avanço das condições crônicas, por meio de ações de saúde de caráter individual e coletivo, organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais, com vistas, a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; prevenção, tratamento e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar, ordenando o funcionamento da rede (Starfield, 2002; Lavras, 2011; Mendes, 2018).

As ações desenvolvidas na APS são fundamentadas nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2017).

Para a implementação dessas ações, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um modelo assistencial com potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades (Mendes, 2015).

As ações de gestão e de cuidado são realizadas por equipe multiprofissional, sendo atribuído ao enfermeiro, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde; capacitação da equipe de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a implementação de ações com pessoas com DM, que visam o fortalecimento e a qualificação da atenção às pessoas por meio do cuidado integral, humanizado e longitudinal (Brasil, 2013).

Nas ações de cuidado, a Consulta de Enfermagem (CE), está prevista na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, sendo considerada uma das atividades que melhor caracteriza a prática liberal da categoria (Brasil, 1986).

A CE é uma estratégia tecnológica do cuidado, privativa do enfermeiro, considerada elemento essencial no cuidado à saúde, instituindo o contato direto com a pessoa sob os cuidados, permitindo o direcionamento das ações, com vistas a atender às necessidades de saúde de forma integral e resolutiva. Esta, revela-se importante para o desenvolvimento da prática clínica pautada no princípio da integralidade, de modo a propiciar uma prática sistematizada capaz de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ofertada (Curcio; Lima; Torres, 2009; Kahl *et al.*, 2018).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 736, de 17 de janeiro de 2024, traz importantes diretrizes para a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todos os contextos socioambientais onde ocorre a CE. A CE envolve a realização do Processo de Enfermagem (PE), compreendido por cinco etapas interrelacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas: Avaliação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Evolução (Cofen, 2024).

São atribuições específicas do enfermeiro para a CE, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017), a solicitação de exames e renovação de receitas, desde que estabelecidos em protocolos; o estabelecimento junto à sua equipe de estratégias para adesão de pessoas com DM ao tratamento; a orientação sobre o automonitoramento da glicemia; a aplicação de insulina; a avaliação dos pés; o suporte para a pessoa conviver melhor com sua condição, reforçando sua percepção de riscos à saúde e desenvolvendo habilidades

para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado (Brasil, 2013).

A CE é pautada no conhecimento científico, fundamentada em um modelo teórico de enfermagem e determinada por protocolos assistenciais, com vistas a determinar as necessidades da pessoa, família e/ou comunidade. Assim sendo, a teoria de enfermagem é a base para a implementação do PE (Amante; Rossetto; Schneider, 2009; Beal *et al.*, 2020; Cortez; Santos; Lanza, 2021).

Nesse contexto, na enfermagem, a identidade primária é o cuidado implementado por meio do PE, que orienta o pensar e o fazer, com vistas a possibilitar a documentação da prática profissional (Gutiérrez; Morais, 2017).

Desse modo, para a implementação do PE se fazem necessárias habilidades e capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, que auxiliam na determinação do fenômeno observado e do seu significado; nos julgamentos realizados e critérios para sua realização; e nas ações essenciais para alcançar o resultado almejado (Argenta; Adamy; Bitencourt, 2020).

A operacionalização do PE ocorre mediante a etapas distintas e complementares para a construção das ações de cuidado, assim, o enfermeiro deve fundamentar-se em um arcabouço teórico, e ancorar-se em um sistema de linguagem padronizada de enfermagem. (Argenta; Adamy; Bitencourt, 2020; Carvalho; Cubas; Nóbrega, 2017; Cofen, 2009; Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020).

Ademais, outro fator essencial para a efetividade do PE é o referencial teórico condizente com a realidade da população alvo e com o ambiente organizacional, com vistas a favorecer a reflexão, a criticidade e a compreensão do enfermeiro para subsidiar suas ações (Alcântara *et al.*, 2011; Ribeiro *et al.*, 2018).

Neste sentido, Lacerda *et al.* (2024) ressaltaram que o referencial teórico, à luz de concepções epistemológicas, representa o núcleo do pensamento do pesquisador, orienta a definição do problema, a escolha metodológica, sendo capaz de sustentar o agir e o pensar da enfermagem enquanto ciência.

Entretanto, apesar do reconhecimento da importância dos referenciais teóricos para a qualificação da prática profissional, Ribeiro *et al.* (2018) evidenciaram que os enfermeiros enfrentam barreiras estruturais e cognitivas que dificultam sua integração efetiva na prática assistencial.

Dentre os diferentes referenciais disponíveis, destaca-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), desenvolvida por Wanda Aguiar Horta, que tem sido amplamente utilizada na prática de enfermagem. Esta teoria parte da hierarquização das necessidades

humanas, originalmente categorizadas por Maslow, e as organiza em três grandes grupos: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. O pressuposto fundamental de Horta é que, ao identificar as necessidades da pessoa na primeira etapa do PE (Histórico de Enfermagem), o profissional estará capacitado a definir as necessidades de saúde e a elaborar um plano assistencial adequado, que considere o grau de dependência e as intervenções necessárias a serem realizadas (Cianciarullo, 1987; Horta, 1979; Horta, 2011).

Os sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem são instrumentos fundamentais que proporcionam um método claro para documentação, viabilizam o estabelecimento da comunicação entre os profissionais que atuam nos diferentes serviços de saúde. Além disso, fornecem orientação e suporte ao enfermeiro no desenvolvimento do seu raciocínio clínico, contribuem para a organização integrada do conhecimento teórico e prático, com o objetivo de garantir fluidez e efetividade do cuidado prestado (Carvalho; Cruz; Herdman, 2013; Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020).

Dentre os sistemas, diversas taxonomias foram desenvolvidas para possibilitar a implementação eficaz do PE (*International Council of Nurses-ICN*, 2017). Nas Américas, e especialmente no Brasil, destacam-se o Sistema NNN – NANDA-Internacional, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC), bem como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Argenta; Adamy; Bitencourt, 2020).

A CIPE®, em especial, destaca-se como um sistema de linguagem padronizada com utilização abrangente, cujo propósito é documentar a assistência de enfermagem de forma sistematizada, segura e de qualidade. Reconhecida como um recurso tecnológico de informação, a CIPE® permite uma apropriação profunda do contexto do cuidado, a qual fornece dados que auxiliam na tomada de decisão, no raciocínio clínico e na elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (Clares *et al.*, 2016).

Com base nos pressupostos do PE e da linguagem padronizada, os protocolos de enfermagem configuram-se como ferramentas fundamentais no contexto da APS, especialmente por integrarem e operacionalizarem a CE. Estruturados de forma sistemática, esses documentos visam orientar a tomada de decisão dos profissionais de saúde diante de situações clínicas específicas e garantir a padronização das condutas, da segurança do cuidado e da qualidade na assistência prestada. Além de contribuir para a redução de riscos, qualificação dos registros e economia de tempo no processo assistencial. Assim, fortalecem a autonomia técnica do enfermeiro ao mesmo tempo em que asseguram a articulação com os demais membros da equipe de saúde, sendo considerados instrumentos que respaldam a prática

profissional e conferem legitimidade às ações clínicas (Mourão Netto; Dias; Goyanna, 2016; Lazarini *et al.*, 2024).

No Brasil, a Lei nº 12.401 de 2011 regulamenta a elaboração e utilização de protocolos e diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo-os como parte integrante da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologias em saúde (Brasil, 2011). Os protocolos são classificados como tecnologias leve-dura, pois reúnem saberes estruturados, como teorias, processo de enfermagem e modelos de cuidado (Merhy; Onoko, 2002).

Também denominados *guidelines*, cadernos, manuais ou guias de práticas clínicas, os protocolos têm como propósito central a padronização do cuidado com base em práticas validadas, a fim de promover maior coerência nas condutas da equipe, reduzir variabilidade clínica/informações e favorecer a integralidade da atenção (Pimenta *et al.*, 2015).

Neste contexto, destaca-se a importância da construção de percursos clínicos simples, acessíveis e normatizados para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na APS. Em especial, no cuidado à pessoa com DM, os protocolos contribuem diretamente para a melhoria na detecção precoce, no manejo terapêutico e no acompanhamento longitudinal (Flood *et al.*, 2022).

Como estratégia internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe o *Package of Essential Noncommunicable* (PEN), um pacote de intervenções voltado às DCNT na APS. O PEN inclui protocolos adaptáveis à realidade local e visa empoderar os serviços da APS, a fim de garantir respostas mais qualificadas e efetivas ao enfrentamento das DCNT, como o DM (WHO, 2020).

Nesse sentido, um estudo experimental realizado no México com 82 pessoas com DM2, evidenciou os impactos positivos da utilização de um protocolo estruturado de cuidados. Intitulado Manejo de Diabetes por Etapa, o protocolo foi aplicado em um grupo de intervenção submetido à CE com orientações educativas baseadas nesse guia, enquanto o grupo controle participou de um programa tradicional de educação em saúde. Ao final da intervenção, apenas o grupo que utilizou o protocolo apresentou redução significativa no IMC, hemoglobina glicada (HbA1c), colesterol total, LDL e triglicérides, demonstrando maior controle metabólico (Solano *et al.*, 2013).

Estudo realizado em Picos, Piauí, Brasil, com 80 pacientes com DM, constatou que o uso de protocolo durante a CE na ESF, serviu de padronização do serviço para estabelecer uma assistência humanizada e holística (Torrês *et al.*, 2014).

De acordo com Lauterte *et al.* (2020) o protocolo para o cuidado às pessoas com DM2 na perspectiva de enfermeiros e médicos que atuam na APS contribui para padronização das

condutas, qualificação do cuidado de enfermagem, autonomia e a ampliação da prática clínica aos enfermeiros na atenção às pessoas com DM.

Estudo de Lazarini e colaboradores (2024) identificou que as enfermeiras mencionam a utilização de protocolos municipais, estaduais, federais e aqueles produzidos por entidades representativas da categoria como respaldo técnico para subsidiar suas práticas de enfermagem com autonomia.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2022) lançou um e-book de “Consulta de Enfermagem no Acompanhamento de Pessoas com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 na Atenção Primária à Saúde”, que se configura como instrumento técnico para nortear a atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem. O material baseia-se no PE, na TNHB, na CIPE® e nos sete comportamentos de autocuidado, oferecendo diretrizes claras para a coleta de dados, definição de diagnósticos, intervenções e avaliação de resultados. Seu conteúdo constitui importante referência para a elaboração de protocolos municipais, desde que adaptado às realidades epidemiológicas, estruturais e territoriais locais.

Posto isso, observa-se que diversas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) vêm desenvolvendo protocolos voltados APS, com ênfase nas necessidades das pessoas e dos serviços. Tais iniciativas, fundamentadas em referenciais teóricos e diretrizes nacionais, buscam padronizar o cuidado, fortalecer a atuação do enfermeiro na gestão clínica e promover maior resolubilidade no acompanhamento de pessoas com DM (Lopes *et al.*, 2019).

Nesse cenário, identificou-se que diversos municípios brasileiros, como Florianópolis-SC, Macaé-RJ, Maranhão-MA, Distrito Federal-DF, Montes Claros-MG, Diadema-SP, Goiás-GO, Bahia-BA, Aracajú-SE, Ribeirão Preto-SP, Catanduva-SP, Rio de Janeiro-RJ e Ponta Grossa-PR, desenvolveram protocolos de enfermagem à pessoa com DM, a fim de aprimorar a assistência e fortalecer a gestão do cuidado melhorias no cuidado e na gestão do cuidado (Aracajú, 2018; Bahia, 2020; Belo Horizonte, 2021; Catanduva, 2020; Diadema, 2017; Distrito Federal, 2018; Florianópolis, 2015; Macaé; 2020; Maranhão, 2020; Montes Claros, 2017; Ribeirão Preto, 2021; Rio de Janeiro, 2016; Ponta Grossa, 2019).

Cabe destacar que, embora o Ministério da Saúde estabeleça diretrizes nacionais para o cuidado à pessoa com DM, a construção coletiva e dialógica dos protocolos em nível municipal possibilita à adaptação desses instrumentos às especificidades locorregionais, respeitando a realidade do território. Esses documentos, geralmente demandados por gestores e profissionais da rede de saúde, emergem das necessidades concretas vivenciadas no cotidiano dos serviços, reforçando a importância de que o protocolo esteja alinhado com a organização

local do cuidado, com os recursos disponíveis e com as condições de vida e de saúde da população (Araújo *et al.*, 2020; Brasil, 2018; Werneck; Faria; Campos, 2009).

Sob essa perspectiva, os estudos mencionados acima, que analisaram protocolos estaduais e municipais apontaram benefícios significativos, como melhoria na qualidade da assistência, apoio à tomada de decisão clínica, maior segurança frente a situações complexas, integração de novas tecnologias e fortalecimento da coordenação do cuidado. Ademais, destaca-se que a construção coletiva de protocolos, especialmente voltados à CE, amplia os múltiplos olhares sobre as competências do enfermeiro, contribui para minimizar as barreiras que porventura possam existir para a sua implementação, além de valorizar a autonomia no processo de cuidar.

Diante ao exposto, emergem questionamentos fundamentais que orientam esta pesquisa: “Qual a contribuição que os enfermeiros atribuem ao protocolo para a CE às pessoas com DM?” e “O que deve ser contemplado no protocolo de CE às pessoas com DM no município em estudo?”.

Tais inquietações conduziram à proposição de desenvolver, de forma coletiva com os enfermeiros da APS, um protocolo de consulta de enfermagem à pessoa com DM, alinhado às diretrizes nacionais e às necessidades locais.

## 2 JUSTIFICATIVA

A investigação sobre o DM, enquanto condição crônica, permanece atual e necessária, mediante sua elevada prevalência, impacto expressivo nos sistemas de saúde e repercussões na qualidade de vida das pessoas (ADA, 2023; IDF, 2025; SBD, 2019; SBD, 2023; WHO, 2019; WHO, 2020). Estudos nesta temática reforçam a relevância de refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro da APS frente a essa realidade.

A escolha do tema para elaboração de um protocolo de CE voltado à pessoa com DM na APS surgiu a partir de achados de uma pesquisa anterior, realizada no mestrado que evidenciou lacunas, dificuldades e necessidades vivenciadas por enfermeiros dos serviços de saúde da APS no cuidado às pessoas com DM. Dentre as estratégias sugeridas pelos profissionais para aprimorar, organizar e padronizar a assistência, destacou-se a construção de um protocolo (Assunção *et al.*, 2022).

O desenvolvimento desse estudo tem por finalidade contribuir para o fortalecimento da prática clínica do enfermeiro na APS, com vistas a promover a ampliação do acesso à assistência qualificada, bem como reconhecer a autonomia e valorizar o profissional. Essa proposta está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (2017), ao buscar expandir e qualificar as atribuições clínicas do enfermeiro.

A elaboração do protocolo poderá gerar impactos positivos na política pública municipal, na atuação da equipe de saúde do município, especialmente dos enfermeiros, ao favorecer um cuidado sistematizado, com fundamentação científica para a implementação de ações clínicas mais seguras, respaldadas legalmente, e desenvolvidas com maior autonomia. Além disso, contribuirá para a padronização das condutas durante a CE e para o fortalecimento do núcleo essencial do trabalho da enfermagem: o cuidado.

Espera-se que o estudo beneficie diretamente as pessoas com DM, suas famílias e a comunidade, ao propor ações estruturadas que favoreçam o atendimento integral às suas necessidades, incentivem a adesão terapêutica e promovam melhores desfechos em saúde.

Ademais, a construção do protocolo poderá contribuir para o avanço da ciência da enfermagem, ao produzir tecnologia essencial para a prática clínica na CE à pessoa com DM em sua multidimensionalidade. E, por possibilitar novos estudos e reflexões sobre o uso de protocolos como estratégias tecnológicas para qualificação do cuidado e para a prática clínica do enfermeiro na APS.

Estão apresentados a seguir, os objetivos gerais e específicos do estudo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Desenvolver em conjunto com os enfermeiros da APS de um município do Sul do estado de Minas Gerais um protocolo de CE às pessoas com DM.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Como objetivos específicos, adotou-se:

- Mapear a literatura científica acerca da assistência na CE à pessoa com DM na APS;
- Caracterizar sociodemograficamente os profissionais enfermeiros da APS;
- Conhecer a assistência prestada pelos enfermeiros às pessoas com DM na CE;
- Analisar as experiências de enfermeiros sobre a CE à pessoa com DM na APS;
- Construir com os enfermeiros da APS, fundamentado na PCA, o protocolo de CE à pessoa com DM.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica foi construída a partir da seleção intencional de materiais relacionados à temática de interesse, com buscas realizadas em bases e portais de dados, como PubMed, LILACS, CINAHL, Web of Science, Scopus, SciELO e Google Scholar. E também, foram consultados consensos de sociedades científicas de referência, como *American Diabetes Association (ADA)*, *Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD)*, *International Diabetes Federation (IDF)* e Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), além de documentos oficiais do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Enfermagem, tanto em âmbito regional Conselho Regional de Enfermagem (COREN) quanto nacional, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

### 4.1 DIMENSIONALIDADE DO DIABETES *MELLITUS* NO BRASIL E NO MUNDO

O DM configura-se como um grave problema de saúde pública global, com alta magnitude e crescimento contínuo. Estimativas recentes indicam que, em 2024, cerca de 589 milhões de adultos entre 20 e 79 anos viviam com diabetes no mundo. Esse número deve alcançar 853 milhões até 2050, o que evidencia um aumento de 45% impulsionado por fatores como envelhecimento populacional, urbanização e mudanças no estilo de vida (IDF, 2025).

Estima-se que aproximadamente 240 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com diabetes não diagnosticado, o que corresponde a cerca de 1 em cada 2 adultos com a doença. Destaca-se que mais de 80% desses casos ocorrem em países de baixa e média renda. O Brasil ocupa a 8ª posição global no número absoluto de adultos (20–79 anos) com diabetes não diagnosticado, representando 30,4% do total de pessoas com diabetes no país (IDF, 2025).

O aumento do número de casos e a complexidade da gestão da doença resultam em um maior número de mortes e incapacidades (ALAD, 2019; Malhão *et al.*, 2016). Em relação à mortalidade, cerca de 3,4 milhões de adultos entre os 20-79 anos de idade morreram em decorrência do diabetes e/ou das suas complicações em 2024, destacando-se um número significativo dessas mortes em pessoas com idade economicamente ativa (IDF, 2025).

Em grande parte dos países, o DM está entre as cinco principais causas de mortalidade. Além disso, a doença está associada a complicações graves, como cegueira, insuficiência renal, amputações não traumáticas e incapacidades precoces (ALAD, 2019; IDF, 2021; Muzy *et al.*, 2021).

A Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) (2019) revelou que, entre as pessoas com o diagnóstico de diabetes, independentemente do tempo (menos de 10 anos ou mais), as complicações mais frequentes foram as alterações visuais (29,3%), seguidas pelas renais (9,5%) e cardiovasculares (infarto) ou cerebrovasculares (Acidente Vascular Cerebral-AVC) (7,2%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, 2020). Destaca-se que a complicação de maior incidência foi a doença do pé (Muzy *et al.*, 2022).

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicam que, entre pessoas com diagnóstico de DM, independentemente do tempo de doença, as complicações autorreferidas mais frequentes foram as alterações visuais (29,3%), seguidas pelas complicações renais (9,5%) e pelos eventos cardiovasculares (infarto do miocárdio) ou cerebrovasculares (Acidente Vascular Cerebral-AVC) (7,2%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, 2020). Ressalta-se, entretanto, outro estudo recente, apontou a doença do pé diabético como uma das complicações de maior incidência, especialmente no contexto da APS, devido ao seu impacto funcional e ao risco de amputações (Muzy *et al.*, 2022).

O DM está entre as 10 principais causas de hospitalização e de busca por atendimento médico (ALAD, 2019; Arruda; Schmidt; Marcon, 2018), o que representa uma significativa sobrecarga para a população e para os sistemas de saúde (IDF, 2021; Reis *et al.*, 2022).

Um estudo que analisou a tendência temporal e os gastos das internações por DM no Brasil, entre os anos de 2011 a 2019, considerando a região, Unidades da Federação e características populacionais, registrou um total de 1.239.574 internações, o que representa uma taxa de internação de 6,77/10 mil habitantes. Os dados revelaram uma tendência crescente, especialmente entre a população mais jovem, bem como um tempo médio de internação hospitalar de 6,17 dias. Quanto aos custos, os gastos totalizaram US\$ 420.692,23 no período analisado, com tendência crescente (Costa *et al.*, 2023).

No Brasil, de acordo com a PNS de 2019, observou-se uma prevalência de 7,7% de DM autorreferida entre pessoas com 18 anos ou mais, o que representa cerca de 12,3 milhões de brasileiros com a doença. A ocorrência foi mais expressiva entre o sexo feminino, pessoas com 60 anos ou mais e com baixa escolaridade (IBGE, 2020; Malta *et al.*, 2022).

Esse cenário está diretamente relacionado a fatores como o envelhecimento populacional, o aumento da obesidade, o sedentarismo e a urbanização (Bocquet *et al.*, 2019; Flor; Campos, 2017; Malta *et al.*, 2019). Percebeu-se ainda, uma elevação consistente da prevalência do DM em todas as macrorregiões do país, a qual ocorre principalmente devido a fatores associados à obesidade, hipertensão e menor escolaridade (IBGE, 2020; Malta *et al.*, 2022; Reis *et al.*, 2022).

Estudo baseado na PNS (2014/2015) estimou que 8,6% da população adulta brasileira apresenta diagnóstico de DM, sendo que 68,2% têm conhecimento sobre sua condição. Entre os diagnosticados, 92,2% realizavam tratamento medicamentoso, no entanto, apenas 35,8% atingem controle glicêmico adequado, com níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) dentro da meta recomendada. As menores proporções de conhecimento, tratamento e controle foram observadas entre homens jovens (18-39 anos), pessoas com baixa escolaridade, sem plano de saúde e beneficiários do Bolsa Família (Tonaco *et al.*, 2023).

Diante dessa realidade, as ações efetivas de prevenção, controle e cuidados congruentes e longitudinais às pessoas com a doença tornam-se imprescindíveis. Essas ações devem estar alinhadas a estratégias de equidade, acesso e longitudinalidade do cuidado, tendo em vista suas implicações diretas para o fortalecimento das políticas públicas de saúde no Brasil (Malta *et al.*, 2022; Reis *et al.*, 2022).

#### 4.2 INTERFACE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS

A DM é reconhecida como uma Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP), sendo caracterizada por uma doença que pode ser prevenida e controlada, a partir de um escopo de ações efetivas desenvolvidas pelos profissionais de saúde e gestores da APS, com objetivo de evitar complicações, hospitalizações, óbitos e gastos ao sistema de saúde (Arruda; Schmidt; Marcon, 2018; Cavalleti; Caldas, 2021; Kim *et al.*, 2019; Macedo *et al.*, 2021; Maia *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a APS assume papel estratégico, sendo a principal porta de entrada para o SUS e responsável por ordenar e coordenar o cuidado na rede de atenção. Com base em princípios de integralidade, longitudinalidade, equidade e resolutividade, a APS tem o potencial de atender de 80% a 90% das necessidades de saúde das pessoas, sendo, portanto, espaço privilegiado para o enfrentamento do DM e suas consequências (Mendes, 2011; Mendonça *et al.*, 2018; Pinto; Giovanella, 2018).

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) reconhecem que sistemas de saúde orientados pela APS representam a estratégia mais efetiva para enfrentar os desafios de saúde. Nesse sentido, promover o acesso e a cobertura universal à saúde é um dos principais objetivos dessas organizações, em consonância com os objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 (OPAS/OMS, 2024; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA, 2018).

No Brasil, os avanços na estruturação da APS tornaram-se evidentes com a significativa expansão das Equipes de Saúde da Família (eSF) nas últimas duas décadas. A ESF consolidou-se como modelo assistencial prioritário da atenção básica, promovendo o acesso ampliado, contínuo e humanizado aos serviços de saúde, além de impactar de forma positiva nos indicadores de saúde da população (Almeida *et al.*, 2018; Brasil, 2017; Macinko; Mendonça, 2018; Pinto; Giovanella, 2018).

Dados da PNS de 2019 indicam que aproximadamente 60,0% dos domicílios brasileiros estavam cadastrados em unidades de saúde da família, o que corresponde a uma cobertura de 62,6% da população. Essa cobertura é mais expressiva em populações em situação de maior vulnerabilidade social, o que evidencia o papel da APS como estratégias de equidade no acesso e organização do cuidado. Além disso, a disponibilidade de serviços de procura regular foi mais frequente entre as pessoas cadastradas nessas unidades (Giovanella *et al.*, 2021).

Estudo conduzido por Tasca *et al.* (2020), com o objetivo de elaborar recomendações estratégicas para o fortalecimento da APS no âmbito do SUS, identificou 20 recomendações a partir da consulta a especialistas. As recomendações abrangeram aspectos como expansão da ESF, ampliação do acesso, formação de profissionais com abordagem multidisciplinar, alocação de tecnologias, aperfeiçoamento da regulação dos serviços, financiamento e estrutura, recursos humanos e apoio as equipes, produção e disseminação de conhecimento, ações transparentes, e mediação no sistema de saúde.

Considerando o papel da APS como ordenadora do cuidado na RAS, reforça-se a necessidade do seu fortalecimento, especialmente no manejo oportuno e qualificado das condições crônicas, como o DM. O cuidado adequado a essa condição nesse nível de atenção é fundamental para responder de forma efetiva às necessidades de saúde das pessoas, o que contribui diretamente para a redução das complicações, hospitalizações, incapacidades e mortalidade associada ao diabetes (Almeida; Marin; Casotti, 2017; Mendes, 2012).

Essas ações se fundamentam na PNAB (Brasil, 2017) com princípios e diretrizes centrados na integralidade do cuidado. Além disso, destacam-se os materiais direcionados à pessoa com DM, como o Caderno de Atenção Básica nº 36 (BRASIL, 2013), Manual do Pé Diabético (Brasil, 2016) e Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2023). Esses documentos proporcionam orientações para o cuidado da pessoa com DM na APS, de maneira integral, resolutiva e equitativa.

Estudo que avaliou a qualidade do cuidado à pessoa com diabetes na APS no Brasil entre 2012 e 2018, com base nos dados do PMAQ, apontou que houve avanços importantes em indicadores como acesso, disponibilidade de insumos, medicamentos e gestão do cuidado, com

aumento de mais de 10 pontos percentuais. Apesar dos avanços, constatou-se que menos da metade das equipes alcançaram os padrões desejáveis de qualidade, indicando a necessidade de investimentos em estrutura, capacitação profissional e continuidade do cuidado (Tomasi *et al.*, 2024).

Neste contexto, a atuação da equipe multidisciplinar é fundamental para a efetivação das ações na APS, pois cada profissional, dentro de seu escopo de competências, desempenha um papel complementar e essencial para aprimorar a práxis e, conseqüentemente, qualidade do cuidado oferecido (Oliveira *et al.*, 2023). Para garantir a resolutividade das ações de saúde, é imprescindível o trabalho multiprofissional, com vistas a solução dos problemas individuais e coletivos. A integração de diferentes saberes da equipe, aliada ao estabelecimento de vínculos e alicerçados no conhecimento científico, possibilita o desenvolvimento de estratégias e cuidados mais resolutivos à pessoa com DM (Ferreira *et al.*, 2018; Mendes, 2011).

O acompanhamento longitudinal realizado pela equipe multiprofissional na ESF contribui para a redução de complicações, além de favorecer a implementação de ações educativas em saúde, tanto em caráter coletivo quanto de forma individual (Benites *et al.*, 2024; Brasil, 2013; Nagelkerk *et al.*, 2018; Pereira; Rivera; Artmann, 2013).

Para oferecer um cuidado eficaz à pessoa com DM, é fundamental realizar uma avaliação multidimensional, conduzida de forma colaborativa por uma equipe multiprofissional, a fim de propiciar intervenções individualizadas e complementares que promovam a saúde (Bleyer *et al.*, 2023; Rovira *et al.*, 2022).

Nesse contexto, destaca-se o papel central do enfermeiro, que assume a responsabilidade de direcionar o cuidado conforme as necessidades específicas das pessoas com DM, exercer liderança, atuar de forma articulada e interprofissional com a equipe, gerenciar programas específicos, participar da educação permanente e colaborar na construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, a fim de garantir assim, um cuidado longitudinal e resolutivo (Assunção *et al.*, 2022).

#### 4.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM E APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES *MELLITUS*

Considerada uma estratégia tecnológica do cuidado do enfermeiro, a CE possibilita um cuidado direcionado, sistematizado e integralizado à pessoa, diante das suas necessidades de saúde, com vistas a uma assistência de qualidade (Cofen, 2024; Kahl *et al.*, 2018).

O exercício profissional do enfermeiro e a CE são regulamentadas pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, sendo desenvolvidos em diversos contextos, como hospitais, ambulatorios, domicílios, unidades de saúde pública, comunidades, escolas, entre outros. Compete ao enfermeiro operacionalizar sua assistência por meio da implementação do PE, regulamentado pela Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024, realizando-o de forma sistemática e deliberada, em qualquer contexto de cuidado de enfermagem (Cofen, 2024).

Durante a CE, a aplicabilidade do PE ocorre por meio de cinco etapas interdependentes: 1) Avaliação, que compreende a coleta sistematizada de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico); 2) Diagnóstico de Enfermagem (DE), fase em que o enfermeiro realiza o julgamento clínico a partir das informações coletadas, identificando problemas existentes e elaborando dos conceitos diagnósticos relacionados ao processo saúde-doença); 3) Planejamento de Enfermagem, que envolve a definição de resultados esperados e o desenvolvimento de um plano assistencial individualizado; 4) Implementação, com a execução das intervenções, ações e atividades previstas; e 5) Evolução, etapa dedicada à avaliação dos resultados alcançados, possibilitando a reavaliação e ajustes no PE, conforme necessário (Cofen, 2024).

O PE constitui um método de trabalho do enfermeiro, considerado como um padrão técnico-assistencial que organiza e qualifica sua prática. Ele direciona o cuidado, permite o acompanhamento da evolução clínica e favorece o registro sistemático das ações, com respaldo legal e ético (Azevedo *et al.*, 2019; Barros *et al.*, 2022; Penedo; Spiri, 2014).

De modo especial no cuidado às pessoas com DM, a CE deve contemplar um escopo de ações integradas, com foco na identificação de fatores de risco, na promoção de práticas educativas e na prevenção de complicações, além de contribuir para o controle glicêmico e melhora da qualidade de vida (Brasil, 2013; SBD, 2023).

A CE é reconhecida como uma tecnologia fundamental no cuidado à pessoa com DM, pois contribui significativamente para a qualificação da APS. Estudo de Toso *et al.* (2024) evidencia que os enfermeiros desempenham papel central no acompanhamento de pessoas com DM, atuando diretamente no controle da medicação, solicitação de exames, monitoramento da glicemia e triagem de emergências relacionadas à doença. Além disso, destaca-se a existência de agendas específicas voltadas para o atendimento dessas pessoas, com o intuito de garantir um cuidado individualizado, contínuo e resolutivo.

Corroborando essa perspectiva, Dantas, Figueiredo e Guedes (2022) identificaram, em estudo sobre as intervenções realizadas pelo enfermeiro da família durante a consulta de vigilância à pessoa com diabetes, que as ações se organizam em processos de avaliação,

monitorização, elaboração de planos assistenciais, promoção da saúde, administração de cuidados, além de encaminhamentos e incentivos ao autocuidado. Tais ações evidenciam a aplicação do PE como base metodológica estruturante da prática clínica.

Nesse contexto, a CE fortalece a autonomia profissional e amplia a visibilidade do enfermeiro no cenário da APS, além de contribuir para a organização da demanda e para a estruturação do cuidado à pessoa com DM. Importante ainda, é o papel educativo da CE, que promove autonomia da pessoa, incentivando sua participação ativa nas decisões relacionadas à sua saúde e no manejo diário da condição crônica (Beal *et al.*, 2020; Schlosser *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2019).

Ademais, a CE tem demonstrado impactos positivos no cuidado à pessoa com DM, ao possibilitar o reconhecimento da própria condição de saúde no contexto de vida da pessoa, a identificação de suas potencialidades e dificuldades, o estímulo ao autocuidado e a desmistificação do medo em relação à doença (Cortez; Santos; Lanza, 2021; Silva *et al.*, 2018). Trata-se, portanto, de uma estratégia que fortalece o vínculo profissional-usuário e promove a corresponsabilização no processo de cuidado.

Evidências científicas apontam para a efetividade da CE em diversos desfechos clínicos. Exemplos destes estudos estão, um ensaio clínico controlado e randomizado realizado com 134 pessoas com DM2 demonstrou que a CE teve efeito positivo no perfil cardiometabólico dos participantes, com redução significativa nos níveis de HbA<sub>1c</sub> e da pressão arterial sistólica no grupo que recebeu a intervenção, em comparação grupo controle (Teston *et al.*, 2017).

Estudo quase-experimental conduzido em uma unidade de APS em Fortaleza, Ceará, Brasil, com base na Teoria do Alcance de Metas de *Imogene King*, evidenciou que as intervenções de enfermagem aplicadas durante a CE favoreceram a adesão ao tratamento por partes das pessoas com DM. Os participantes relataram mudanças positivas como o uso de adoçante, a prática regular de atividade física, o uso contínuo de medicamentos e o controle alimentar, mas também para reforçar o papel do enfermeiro no acompanhamento clínico e no apoio às metas terapêuticas (Araújo *et al.*, 2018).

Apesar dos avanços, estudos ainda evidenciam a necessidade de maior engajamento dos enfermeiros na realização da CE para as pessoas com DM. Esse compromisso é fundamental não apenas para qualificar a atenção clínica, mas também reforçar o papel do enfermeiro na gestão do cuidado e no desenvolvimento de práticas mais efetivas e alinhadas às necessidades das pessoas (Assunção *et al.*, 2022; Cortez; Santos; Lanza, 2021; Salci; Meirelles; Silva, 2018; Teston *et al.*, 2017).

#### 4.4 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM EM DIFERENTES PERSPECTIVAS

O enfermeiro, quando fundamenta o PE em referenciais teóricos consolidados e utiliza sistemas de linguagem padronizada, proporciona uma assistência especializada, individualizada e de qualidade. Esse cuidado é direcionado às necessidades das pessoas e possibilita a implementação de intervenções congruentes com suas condições de saúde. Além disso, essa prática qualifica o registro das informações clínicas, favorece a comunicação entre os profissionais e contribui para o monitoramento de indicadores de Enfermagem nos sistemas de informação em saúde (Carvalho; Cubas; Nóbrega, 2017; Ramos *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, destaca-se a evolução dos sistemas de classificação em Enfermagem como suporte fundamental para a sistematização da prática profissional (ICN, 2017; ICN, 2018). Entre esses sistemas, evidencia-se a CIPE®, desenvolvida pelo *International Council of Nurses (ICN)*, diante da necessidade de um sistema unificado que representasse a prática da enfermagem em nível mundial (Garcia; Nóbrega, 2009).

A CIPE® é reconhecida como um instrumental tecnológico que oferece uma terminologia padronizada, a qual permite descrever, organizar e representar os elementos centrais da prática de enfermagem. Essa padronização viabiliza a formulação de diagnósticos, a definição de resultados e a implementação de intervenções de forma sistematizada e fundamentada. Sua aplicabilidade fortalece a prática clínica, auxilia na tomada de decisões e garante a documentação do cuidado. Ademais, a CIPE® contribui para o avanço da enfermagem nas dimensões assistencial, gerencial, educacional e investigativa (ICN, 2017; Carvalho; Cubas; Nóbrega, 2017; Clares *et al.*, 2016; Garcia; Bartz; Coenen, 2015; Garcia; Bartz; Coenen, 2017; *International Organization for Standardization- ISO*, 2014).

A CIPE® é considerada uma terminologia combinatória, pois integra e harmoniza outros vocabulários por meio do mapeamento cruzado, o que possibilita a criação de subconjuntos terminológicos voltados a contextos específicos da enfermagem, como populações, fenômenos ou áreas de atuação. Sua estrutura é baseada em uma terminologia hierárquica composta por sete eixos (foco, julgamento, meios, ação, localização, tempo e cliente), os quais, combinados, permitem a formulação de termos que representam DE, Resultados de Enfermagem (RE) e Intervenções de Enfermagem (IE), alinhados às necessidades de saúde das pessoas (Argenta *et al.*, 2020; Carvalho; Cubas; Nóbrega, 2017; Garcia; Bartz; Coenen, 2015; Garcia; Bartz; Coenen, 2017).

Embora, a CIPE® tem apresentado constante evolução em sua estrutura e no refinamento de seus significados, sua trajetória tem sido marcada pelo compromisso com a representação acurada do conhecimento da enfermagem e pela articulação com equipes interdisciplinares, especialmente no campo da tecnologia da informação, o que fortalece sua aplicabilidade na prática profissional e na comunicação em saúde (Argenta; Adamy; Bitencourt, 2020).

Na versão 2019-2020 CIPE®, foram incluídos 149 novos termos e realizadas alterações editoriais em 15 conceitos, sem modificações nos respectivos códigos. Não foram identificadas inativações de conceitos. Ao todo, a terminologia passou a reunir 4.475 termos, distribuídos entre 10 Conceitos organizadores, 2.035 Conceitos pré-coordenados (relativos a DE, RE e IE) e 2.430 Conceitos primitivos. Além disso, os capítulos “Uso de linguagens de especialidade na prática profissional” e “CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional”, foram atualizados, consolidando sua aplicação e aprimoramento (Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020).

Reconhecida como uma terminologia clínica abrangente e com uso mundial, a CIPE® tem se destacado em pesquisas que exploram diferentes contextos e abordagens da prática profissional, conforme será evidenciado nos estudos apresentados a seguir.

Estudo que analisou a utilização da CIPE® em dissertações e teses desenvolvidas por programas de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil evidenciou um crescimento significativo da produção científica relacionada à terminologia. Os trabalhos concentram-se, majoritariamente, na prática assistencial, com ênfase na saúde do adulto e nos descritores voltados à Enfermagem (Clares; Guedes; Freitas, 2020).

Pesquisa conduzida por Querido *et al.* (2019) teve como objetivo caracterizar a produção científica acerca da construção de subconjuntos terminológicos da CIPE®. A análise priorizou a clientela-alvo ou prioridades de saúde a que se destinavam os subconjuntos, os referenciais teóricos utilizados e os processos de validação dos enunciados construídos. Observou-se a predominância de estudos voltados ao cuidado de pessoas com neoplasias, idosas, crianças e adolescentes. Em relação ao referencial teórico, destacou-se a TNHB. No entanto, nem todos os estudos descreveram o processo de validação dos enunciados construídos.

Adicionalmente, uma revisão sistemática, com o objetivo de compreender o uso da terminologia padronizada de enfermagem e sistemas de classificação em pesquisas publicadas que utilizaram a CIPE® entre 2006 e 2015, revelou sua predominância em estudos de caso. A revisão identificou 38 estudos, nos quais os objetivos se concentravam na validação da aplicabilidade da CIPE® para populações e áreas específicas do cuidado, no desenvolvimento

da própria terminologia e na utilização da classificação como suporte para a produção de novos conhecimentos em enfermagem (Strudwick; Hardiker, 2016).

No estudo de Silva *et al.* (2023), foi elaborado um subconjunto terminológico CIPE® voltado para o cuidado à pessoa com úlcera do pé diabético na APS. A pesquisa resultou na construção de 81 diagnósticos/resultados e 583 intervenções de enfermagem, organizados conforme os requisitos universais, de alterações e de desenvolvimento. A proposta do subconjunto busca reforçar a importância da recuperação e da promoção da qualidade de vida dessas pessoas, além de subsidiar a prática clínica dos profissionais.

De modo semelhante, Clares *et al.* (2019) desenvolveram uma nomenclatura para diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem voltada para pessoas idosas acompanhadas na ESF, utilizando a CIPE® e o referencial teórico de Virginia Henderson. Foram identificados 127 conceitos de DE/RE, organizados segundo componentes do cuidado, nas subcategorias dos componentes biológicos/fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais/morais. A partir desses diagnósticos, 551 IE foram propostas. O conjunto de conceitos visa contribuir para o cuidado integral à pessoa idosa na ESF e para a estruturar o subconjunto terminológico para essas pessoas.

Ramos *et al.* (2020) elaboraram enunciados de DE da CIPE® voltados ao cuidado intensivo às vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico, à luz da Teoria da Adaptação de Roy. Foram construídos 60 DE com respectivas definições operacionais. Desses, 48 enunciados foram validados, com predomínio dos diagnósticos referentes ao modo adaptativo fisiológico.

Estudo de Sousa *et al.* (2021) identificaram DE com base na CIPE® versão 2019 em pessoas acompanhadas por um programa de assistência domiciliar. Dos 77 DE mapeados, a maioria correspondeu às necessidades psicobiológicas, distribuídas nos domínios nutrição; hidratação e regulação eletrolítica; integridade cutâneo mucosa; locomoção, mecânica corporal e mobilidade; cuidado corporal; aprendizagem, sociabilidade, recreação e lazer. Do total de diagnósticos, 40 foram classificados como negativos, 15 como positivos, 15 como achados clínicos e sete de risco.

Estudo de Félix *et al.* (2020) teve objetivo construir uma terminologia especializada de enfermagem para o cuidado de pessoas com síndrome metabólica na APS. Foram extraídos 489 conceitos relacionados às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, dos quais 389 estavam relacionados às demandas de cuidados dessa população. Destaca-se que aproximadamente 43,7% desses conceitos validados não constavam presentes na versão 2017 da CIPE®. Quanto à classificação por eixo, 42,3% dos conceitos pertenceram ao eixo ação,

seguidos por 34,9% eixo foco, o que evidenciou o predomínio de termos relacionados às intervenções de enfermagem.

Estudo de Silva *et al.* (2022) desenvolveram e validaram enunciados de DE da CIPE® para a pessoa com úlcera de pé diabético em acompanhamento na APS. Foram construídos 81 enunciados de diagnósticos, dos quais cinco foram classificados como positivos, 67 como negativos e nove como de risco. Desses, 58 constavam na CIPE® e 23 eram inéditos. Destaca-se que cerca de 51% dos diagnósticos elaborados referiam-se a requisitos de autocuidado relativos às alterações de saúde.

Estudo de Chaves, Torres e Chianca (2024) descreveu o processo de elaboração de um subconjunto terminológico para a CIPE® em DM, baseado na TNHB e na Teoria Social Cognitiva de Bandura. Foram selecionados e validados 156 enunciados diagnósticos/resultados e construídas 433 intervenções de Enfermagem. A predominância de diagnósticos relacionados às necessidades psicobiológicas destaca a relevância clínica do conjunto, enquanto a inclusão de necessidades psicossociais e psicoespirituais amplia a abordagem integral, o que fortalece o raciocínio clínico, qualifica o PE, contribui para segurança, comunicação profissional e a efetividade do cuidado à pessoa com diabetes na APS.

Diante do contexto, percebe-se a aplicabilidade da CIPE® e sua efetividade na operacionalização do PE. Os enfermeiros ao se fundamentarem sua prática em uma terminologia padronizada, o cuidado torna-se direcionado, criativo, seguro e fundamentado em evidências, o que contribui para a qualificação da assistência prestada às pessoas, famílias e comunidade, em todos os níveis da atenção à saúde.

#### 4.5 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM FOCADOS NAS NECESSIDADES DA PESSOA

No contexto do SUS, torna-se pertinente e necessário o desenvolvimento de novos conhecimentos, modelos, teorias e tecnologias, como é o caso dos protocolos, que visam qualificar o cuidado em saúde no Brasil. Esses instrumentos devem ser elaborados considerando as singularidades de cada pessoa, mediante seu contexto de vida e de saúde (Brandão *et al.*, 2019).

Os protocolos são considerados produtos tecnológicos, definidos como “conjunto das informações, decisões, normas e regras que se aplica a determinada atividade, que encerra os conhecimentos básicos de uma ciência, uma técnica, um ofício, ou procedimento” (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES, 2019, p. 54).

Pimenta *et al.* (2015 p.15) define protocolos como a

“descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde”.

Dessa forma, os protocolos configuram-se como ferramentas robustas e estratégicas para direcionar ações em saúde, ao operacionalizar o cuidado por meio do uso de conhecimentos e tecnologias sustentadas por evidências científicas. Alinhados aos princípios da Prática Baseada em Evidência, esses instrumentos permitem a adaptação do conhecimento produzido na literatura à realidade local, com vistas a favorecer sua aplicabilidade e efetividade nos serviços de saúde (Vieira *et al.*, 2020).

Estudo de Frota *et al.* (2024) elaboraram um protocolo de enfermagem para a monitorização glicêmica de pessoas hospitalizadas com Diabetes *Mellitus* tipo 2, configurando-se como uma importante ferramenta para padronizar e qualificar o cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar. Ressaltou que os protocolos fortalecem a segurança do paciente, o raciocínio clínico do enfermeiro e a eficácia na prevenção de complicações agudas, o que contribui para a integralidade do cuidado às necessidades psicobiológicas de pessoas com diabetes.

Estudo de Vasconcelos e Kiss (2025) analisou a usabilidade de protocolos clínicos na APS no enfrentamento do DM, e destacou que quando bem incorporados à prática, esses instrumentos fortalecem a gestão clínica, promovem a qualificação do cuidado e ampliam a resolutividade da rede. Apontou ainda, a necessidade de formação contínua e educação permanente como fatores essenciais para a efetiva adoção dos protocolos, e reforça que o uso adequado está diretamente relacionado à melhoria da qualidade da atenção às doenças crônicas e à consolidação de uma APS mais integrada, resolutiva e centrada nas necessidades das pessoas.

Esses estudos reforçam que o saber de Enfermagem é constituído por técnicas e tecnologias desenvolvidas a partir de sua práxis, destacando-se, entre elas as tecnologias do cuidado em Enfermagem e Tecnologias Cuidativo- Educacionais (TCE). A tecnologia do cuidado em Enfermagem compreende os valores, subjetividades e especificidades das relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado e o contexto em que estão inseridos. Por sua vez, as TCE priorizam a valorização da experiência de vida, do modo do ser e do contexto de vida da pessoa, reconhecendo a pessoa como protagonista de seu cuidado, capaz de exercer o pensamento crítico, reflexivo e agente da sua mudança sobre sua própria trajetória de saúde (Nietsche *et al.*, 2012; Salbego *et al.*, 2018).

Nesse sentido, destaca-se a relevância das TCE na prática do enfermeiro, pois elas articulam o processo de cuidar, baseado em evidências científicas, técnicas, procedimentos e conhecimentos aplicados à assistência, como processo de educar, sustentado por estratégias pedagógicas que promovem o protagonismo da pessoa no enfrentamento do processo saúde-doença (Nietsche *et al.*, 2012).

O estudo realizado por Rostirolla, Adamy e Vendruscolo (2022), que teve como objetivo analisar a produção científica nacional e internacional sobre as tecnologias educacionais utilizadas na CE na APS, identificou sete artigos e 19 dissertações. As tecnologias educacionais mapeadas incluíam materiais educativos, protocolos, cursos, aplicativos, cartilhas, vídeos e roteiro de CE. Todas foram aplicadas no contexto da ESF, sendo direcionadas às pessoas com doenças crônicas, recém-nascidos, crianças, jovens, gestantes, puérperas e profissionais da saúde.

Na perspectiva da Enfermagem, os protocolos podem ser compreendidos como TCE, uma vez que se configuram como conjuntos de saberes científicos que orientam a prática do cuidar e do educar, voltados à pessoa, à família/comunidade e aos profissionais de enfermagem (Nietsche *et al.*, 2012; Salbego *et al.*, 2018).

Destaca-se que tais tecnologias estão inseridas na prática clínica dos enfermeiros, especialmente no contexto da APS, e se mostram viáveis, eficientes e adaptáveis ao processo da CE. Contudo, observa-se uma preocupação com relação à adoção de modelos teóricos e conceituais consistentes que sustentem e qualifiquem a realização da CE (Rostirolla; Adamy; Vendruscolo, 2022).

Estudo de Penteado *et al.* (2025) que objetivou elaborar um protocolo para a implementação do Processo de Enfermagem em consultas a pessoas com hipertensão e diabetes em Unidades Básicas de Saúde, evidenciou que sua aplicação organizada e sistemática, com foco no cuidado integral, interconsulta entre médicos e enfermeiros e atuação baseada em evidências, ampliou o acesso ao atendimento, fortaleceu a autonomia e a resolutividade da equipe de enfermagem, e foi reconhecido pelos profissionais como relevante, aplicável e qualificado para o cuidado.

Outro aspecto relevante para a construção de protocolos de enfermagem, considerados TCE, é o uso de linguagem padronizada. A CIPE® tem se destacado nesse processo, por seu potencial em subsidiar a elaboração de protocolos de enfermagem, considerados TCE e ao permitir a definição de IE alinhadas às necessidades das pessoas. Isso contribuiu para a estruturação de protocolos de cuidados mais seguros e eficazes, ao mesmo tempo que estimula

a utilização da terminologia em diferentes contextos assistenciais, o que promove a segurança do paciente e fortalece a prática profissional (Farias *et al.*, 2017; Rodrigues *et al.*, 2022).

No Brasil, os protocolos de enfermagem elaborados pelas SMS também têm um papel fundamental na orientação e qualificação da assistência prestada pelo enfermeiro na APS às pessoas com DM. Esses instrumentos visam o acompanhamento clínico, as ações de educação em saúde, a prevenção de complicações e a avaliação sistemática do pé diabético. Dessa forma, promovem maior autonomia e resolutividade na prática do enfermeiro, além de contribuírem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM (Costa; Dehoul, 2022). Ademais, esses protocolos favorecem o aprimoramento técnico-científico contínuo, o que oferece uma base sólida para a atuação no âmbito da APS (Kahl *et al.*, 2018).

O estudo de Araújo *et al.* (2020), ao analisar os protocolos de enfermagem como possíveis instrumentos para a qualidade das práticas do enfermeiro na APS, destacou sua contribuição para a qualificação do cuidado nas ações desenvolvidas pelos enfermeiros. Além disso, evidenciou que a construção coletiva e dialógica dos protocolos se configura como um fator motivador para a elaboração de protocolos locais, funcionando também como uma estratégia potente de educação permanente, apoio à tomada de decisão e respaldo ético-legal. Esses aspectos contribuem significativamente para a consolidação do conhecimento e o fortalecimento de uma prática clínica qualificada.

Matias, Kaizer e São-João (2021) ao desenvolverem um instrumento para a CE às pessoas com hipertensão arterial e/ou DM2 acompanhadas na APS, constataram que esse instrumento se mostrou adequado tanto à realidade local quanto às necessidades desse nível de atenção e subsidiou a prática do enfermeiro, o que contribuiu para um cuidado mais sistematizado, direcionado e efetivo.

Um estudo que teve como objetivo relatar a implantação e os impactos advindos dos protocolos de Enfermagem no contexto da APS do município de Jaraguá do Sul, Santa Catarina, identificou que em apenas um mês, houve uma redução de 74,71% nas filas de espera, correspondendo a 9.538 pacientes. Em um período de sete meses, zerou as filas para a primeira consulta da APS (Bonatto *et al.*, 2021).

Em outro estudo, realizado no estado do Texas (EUA), foi aplicado um protocolo de tele-saúde liderado por enfermeiros no contexto de cuidados primários, com foco na gestão de pacientes com DM descontrolado, por meio da CE. Os resultados demonstraram uma redução média de aproximadamente 1% na HbA1c, sendo que mais dos 73% dos participantes apresentaram quedas significativas nesse marcador, e 2,3% atingiram HbA1c inferior a 7% após

a intervenção. Ademais, constatou-se melhora na função renal em 83% dos participantes (Momin *et al.*, 2022).

Os estudos ratificam a relevância dos protocolos, especialmente os de Enfermagem, na medida que demonstraram a efetividade na qualificação da assistência em distintos contextos de saúde. A construção de protocolos de enfermagem alinhados à realidade local dos municípios e serviços de saúde, bem como às necessidades das pessoas, comunidade e profissionais, constitui um aspecto importante para sua aplicabilidade prática. Favorecem ainda, a autonomia profissional, a segurança do cuidado, a organização da assistência, o desenvolvimento do raciocínio clínico e a implementação de ações de enfermagem coerentes com as demandas de saúde.

#### 4.6 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL NA CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) configura-se como uma abordagem metodológica potente para a construção de protocolos de enfermagem, por articular, de forma integrada, a teoria e a prática nos cenários reais de cuidado (Araújo *et al.*, 2025; Bedin *et al.*, 2023; Figueiredo *et al.*, 2018; Muniz *et al.* 2023).

Por integrar simultaneamente o processo investigativo e a intervenção assistencial, a PCA favorece a construção coletiva de instrumentos como protocolos e guias de cuidado. Com características marcantes como imersibilidade nos contextos estudados e dialogicidade entre as pessoas envolvidas, essa abordagem permite a elaboração de protocolos sensíveis às reais necessidades das pessoas. Ademais, fortalece a autonomia profissional, o autocuidado e a qualidade da prática clínica no contexto do cuidado à pessoa com DM (Corrêa *et al.*, 2016; Dutra *et al.*, 2021; Gulini, 2016; Jacobi, 2018; Teixeira *et al.*, 2022).

Ao analisar a produção científica relacionada à construção de protocolos fundamentados na PCA, constatou-se a potencialidade do referencial metodológico, uma vez que a sua construção valoriza as necessidades dos profissionais e a realidade do contexto, o que favorece a sua implementação. Alguns desses estudos estão apresentados a seguir.

Estudo de Araújo *et al.* (2025) que construiu e validou o conteúdo de um protocolo assistencial interprofissional para o cuidado pré-natal de alto risco por meio da PCA, obteve um protocolo com alto grau de recomendação pelos juízes, que poderá promover melhorias na qualidade da assistência pré-natal de alto risco.

Figueiredo *et al.* (2018) relataram a experiência de aplicação da PCA como método para a construção de um protocolo de cuidados de enfermagem no contexto do transplante de células-tronco hematopoéticas. Teixeira *et al.* (2022) descreveu o processo metodológico de elaboração de um protocolo assistencial de enfermagem para crianças com doença falciforme na emergência, fundamentado PCA, realizada em um hospital público pediátrico do estado da Bahia.

Estudo de Dutra *et al.* (2021) elaborou um protocolo para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica com a participação dos profissionais, por meio do referencial da PCA. Fonseca *et al.* (2019) construíram coletivamente um protocolo de cuidados para cateter venoso central totalmente implantado com enfermeiras de um centro de alta complexidade em oncologia. Muniz *et al.* (2023) descreveram o processo de construção e validação do Guia de Enfermagem Escolar para promoção da saúde de jovens estudantes, norteado pela PCA fundamentada no Modelo de Promoção da Saúde de Pender.

Silva *et al.* (2025) realizaram estudo com 12 enfermeiros na ESF, utilizou a PCA para construção coletiva de um guia e protocolo de consulta de enfermagem fundamentado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas. E Bedin *et al.* (2023) validaram um guia para a consulta de enfermagem a adultos com Diabetes *Mellitus* tipo 2 na APS, utilizando PCA, o que promoveu a participação ativa de especialistas e do público-alvo na validação do instrumento.

Evidencia-se, portanto, que a PCA contribui não apenas para a produção científica, mas para a transformação do cuidado, sendo reconhecida como uma abordagem metodológica eficaz para elaboração de protocolos aplicáveis, contextualizados e sustentados em evidências, articulados ao diálogo com as pessoas envolvidos.

Fica evidente o protagonismo do enfermeiro na CE e na aplicação sistemática do PE, norteados em protocolos para as pessoas com DM no contexto da APS. Essa atuação contribui para um cuidado mais resolutivo e para o aprimoramento da APS, com base nos princípios da integralidade, equidade e interdisciplinaridade, o que reforça, ainda, o avanço da enfermagem como ciência e prática comprometida com a saúde coletiva.

#### 4.7 CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES *MELLITUS* NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO

A revisão de escopo proposta neste estudo foi conduzida em conformidade com os princípios metodológicos estabelecidos pelo *Joanna Briggs Institute (JBI)* (Peters *et al.*, 2024) e seguido o checklist *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

*extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* (Tricco *et al.*, 2018). O objetivo foi mapear sistematicamente a literatura científica acerca da CE à pessoa com DM na APS.

Com expressão mundial na área da saúde, a revisão de escopo tem apresentado crescimento significativo, pois permite identificar os tipos de evidências disponíveis em um campo específico, esclarecer conceitos e definições, analisar como a pesquisa é conduzida, servir como base para revisões sistemáticas futuras e identificar lacunas de conhecimento (Peters *et al.*, 2020; Peters *et al.*, 2022; Peters *et al.*, 2024).

Desse modo, a revisão de escopo oferece um panorama confiável da pesquisa existente, possibilita a identificação de diretrizes que podem ser adotadas ou adaptadas, e contribui para a melhoria da prática clínica e da formulação de políticas de saúde, além de indicar áreas que demandam aperfeiçoamento (Peters *et al.*, 2020; Peters *et al.*, 2022; Peters *et al.*, 2024).

A revisão foi desenvolvida em cinco etapas: (1) identificação da questão da pesquisa; (2) levantamento de estudos relevantes, que viabilizassem amplitude da revisão; (3) seleção dos estudos, conforme critérios estabelecidos; (4) mapeamento dos dados; e (5) apresentação dos resultados (PETERS *et al.*, 2024).

Para a realização de uma revisão de escopo, é imprescindível a elaboração de um protocolo *a priori*. Esse protocolo constitui um elemento importante do processo, pois define de forma clara os objetivos e métodos, detalha os critérios de inclusão e exclusão das evidências, assim como os dados que serão extraídos e apresentados no relatório final. Esse planejamento contribui para assegurar a transparência, a reprodutibilidade e a confiabilidade dos resultados, além de minimizar possíveis vieses (Peters *et al.*, 2022; Peters *et al.*, 2024).

Neste estudo, o protocolo de revisão foi elaborado com base nas diretrizes metodológicas do *JBIM Evidence Synthesis* (Peters *et al.*, 2022; Peters *et al.*, 2024) e registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) em maio de 2023, sob o DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/8MSDR>

A pergunta da revisão de escopo apresenta natureza exploratória. Sua formulação clara é importante, pois orienta a elaboração do protocolo, além de direcionar os critérios de inclusão específicos para a condução da revisão (Peters *et al.*, 2020; Peters *et al.*, 2022).

Para a estruturação da pergunta de pesquisa, foi adotado o mnemônico PCC (População, Conceito, Contexto) (Peters *et al.*, 2020). A População (P) consiste em enfermeiros; o Conceito (C), na CE à pessoa com DM; e o Contexto (C), na APS. Desta forma, a pergunta norteadora é, “O que se tem produzido sobre a CE à pessoa com DM no contexto da APS?”.

Para nortear o eixo principal desse escopo, foram apresentadas as seguintes subquestões: Quais os problemas de enfermagem relacionados à pessoa com DM? Quais os cuidados em

enfermagem realizados por enfermeiros da APS à pessoa com DM? Quais os instrumentos/ferramentas utilizados pelo enfermeiro da APS para nortear a CE?

Como critérios de elegibilidade, foram incluídos estudos que abordam a CE à pessoa com DM no contexto da APS, fundamentados na estratégia PCC (Quadro 1), escritos em qualquer idioma e sem delimitação temporal. Quanto ao tipo de estudo, consideraram-se pesquisas primárias e secundárias, de natureza empíricas, com abordagens quantitativas, qualitativas ou mistas, de qualquer desenho ou metodologia. Foram excluídas cartas ao editor, resumos em anais de eventos, artigos incompletos e estudos em fase de projeto ou ainda sem resultados.

Quadro 1 - Critérios de elegibilidade com base na estratégia, População, Contexto e Conceito (PCC). Alfenas, MG, Brasil, 2024.

<b>Termo</b>	<b>Critério de inclusão</b>
População (P)	Publicações envolvendo enfermeiros atuantes em qualquer ambiente clínico da Atenção Primária Saúde.
Conceito (C)	Cuidados, assistência e intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes <i>mellitus</i> , realizadas por enfermeiro.
Contexto (C)	Estudos realizados no âmbito da Atenção Primária Saúde em regiões urbanas e rurais.

Fonte: Autores (2024).

De acordo com as recomendações da abordagem do *JBI*, foram utilizadas três etapas para a estratégia de busca. Ressalta-se que a estratégia de busca foi elaborada em colaboração com bibliotecária com expertise em ciências da saúde, a fim de maximizar a exatidão da pesquisa.

A primeira etapa, consistiu em uma pesquisa prévia limitada, na qual foi realizada a identificação de estudos sobre o tema, a análise das palavras contidas nos títulos e resumos e dos termos de indexação usados nos estudos, assim utilizou-se as seguintes bases de dados: *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL)*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *JBI Evidence Synthesis* e MEDLINE (PubMed). Os termos de índice utilizados pelos estudos, foram usados para a elaboração da estratégia de busca completa.

Na segunda etapa, foi realizada uma pesquisa usando as palavras-chave e termos de índice identificados nas bases de dados que foram incluídas: PubMed, *Web of Science (WoS)*, *CINAHL*, *SciVerse Scopus (Scopus)*, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Embase*, Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram pesquisadas fontes de estudos de literatura cinzenta como, catálogo de teses e dissertações da CAPES e *Google Scholar*.

E na terceira etapa, foram pesquisados estudos em busca de fontes adicionais, por meio das listas de referências das fontes de evidência que serão selecionadas para leitura na íntegra e/ou incluídas na revisão.

Após a busca pelos estudos, dois revisores independentes realizaram as seguintes etapas:

- 1) Remoção de duplicatas: foram agrupados e carregados todos os estudos no gerenciador de referências *EndNote 20 (Clarivate Analytics)* e as duplicatas removidas. Posteriormente, os artigos foram exportados para o *software* de revisão sistemática *Rayyan QCRI (web aplicativo para auxílio de revisões do Institute Qatar Computing Research)*, para a realização da próxima etapa.
- 2) Triagem de título e resumo: revisados por dois revisores independentes, para avaliação dos critérios de elegibilidade estabelecidos para revisão. As dúvidas ou discordâncias que surgiram durante esse processo foram discutidas entre os dois revisores para obter um consenso. A equipe começou a triagem quando 75% (ou mais) de concordância foi alcançada.
- 3) Triagem do texto completo: também foi realizada por dois revisores independentes, os estudos recuperados para leitura na íntegra foram analisados de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos para revisão.

Para a extração dos dados (Peters *et al.*, 2022; Peters *et al.*, 2024; Pollock *et al.*, 2022; Pollock *et al.*, 2023) dos estudos incluídos, foi utilizada como ferramenta uma planilha *Microsoft Excel*<sup>®</sup>, com base no instrumento do *JBI* para caracterizar as produções (Peters *et al.*, 2022; Peters *et al.*, 2024). Os dados extraídos foram: autores, título, ano de publicação, país de origem, idioma, tipo de fonte, objetivos, delineamento, população, amostra do estudo, uso de terminologia padronizada de enfermagem, problemas de enfermagem relacionados à pessoa com DM, cuidados de enfermagem abordados durante a CE à pessoa DM, instrumentos/ferramentas utilizados na CE à pessoa com DM e conclusão do estudo (Apêndice A).

A extração e o mapeamento dos dados foram realizados por dois revisores independentemente, com vistas à discussão dos resultados e a atualização constante do quadro. As divergências que surgiram entre os dois revisores foram resolvidas por meio de discussão.

A etapa de análise dos dados foi desenvolvida pelos mesmos revisores que realizaram o mapeamento de dados. As descobertas resultantes desse processo foram revisadas e refinadas em colaboração com um terceiro revisor (Peters *et al.*, 2020; Peters *et al.*, 2024; Pollock *et al.*, 2022; Pollock *et al.*, 2023).

Utilizou-se o método da análise de conteúdo qualitativa básica, envolvendo uma abordagem combinada de análise indutiva, seguida por análise dedutiva. Este método é

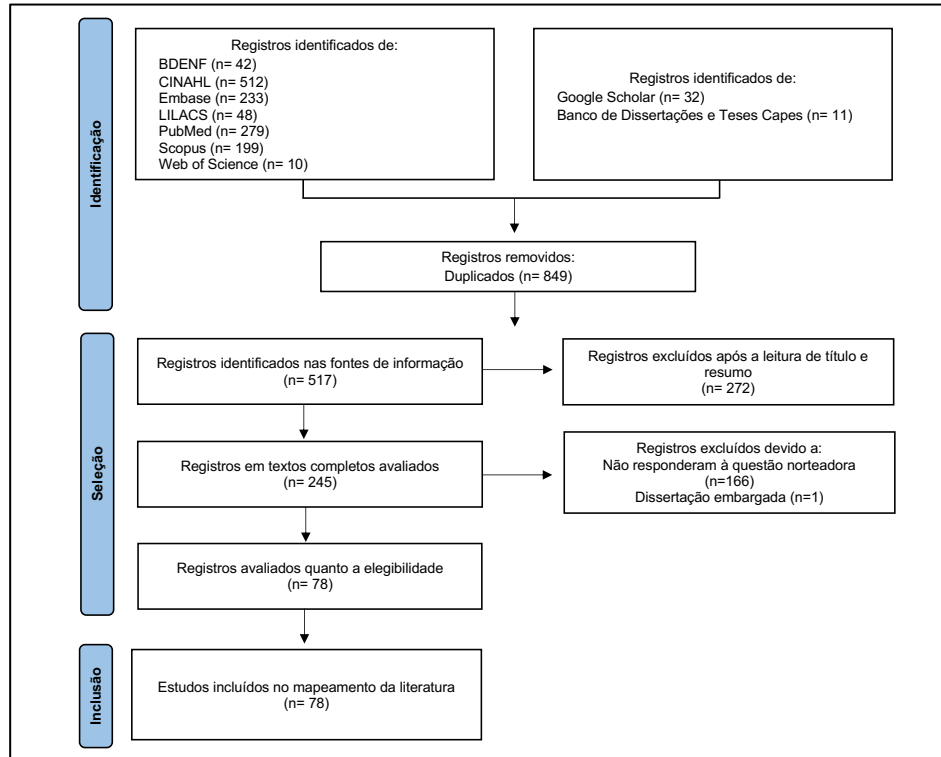
amplamente reconhecido e empregado em pesquisas qualitativas, bem como nas revisões de escopo (Elon; Kyngäs, 2008; Peters *et al.*, 2020; Pollock *et al.*, 2023).

Iniciou-se o processo de codificação aberta, no qual os pesquisadores identificaram conceitos, temas e características pertinentes nos dados brutos, além da subsequente criação de categorias gerais. Posteriormente, o conteúdo listado dentre as categorias gerais foi agrupado, de acordo com ideias idênticas, semelhantes e complementares, o que contribuiu para a atualização das categorias. A emergência dedutiva das novas categorias agrupadas possibilitou uma organização sistemática dos resultados, simplificando a compreensão das informações e facilitando a identificação de tendências, padrões e informações relevantes relacionados à questão de pesquisa em foco (Elon; Kyngäs, 2008; Peters *et al.*, 2020; Pollock *et al.*, 2023).

Para apresentação dos dados, foi utilizado o fluxograma *PRISMA-ScR*, baseado na estratégia de busca e nos resultados do processo de seleção. Além disso, os resultados foram expostos em forma de quadros descritivos e figuras conceituais, seguidos por síntese descritiva (Peters *et al.*, 2020; Pollock *et al.*, 2022; Pollock *et al.*, 2023).

Inicialmente, foram encontrados 1366 estudos em bases de dados e na literatura cinzenta. Após a remoção de 849 estudos duplicados, ficaram 517 publicações potencialmente elegíveis para o processo de seleção. Posteriormente, realizou-se a análise de títulos e resumos, permitindo a seleção de 245 estudos. Após um processo rigoroso de análise, com leitura na íntegra, 78 estudos compuseram a amostra final, representada na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos estudos de acordo com o (PRISMA-ScR). Alfenas, MG, Brasil, 2024.



Fonte: Adaptado do PRISMA-ScR (Page *et al.*, 2021).

O estudo concentra na aplicabilidade da CE à pessoa com DM no contexto da APS, como evidenciado pela análise dos 78 estudos incluídos nesta revisão.

No que concerne ao país de publicação, destaca-se o Brasil com 47 (60,25%) estudos, seguido pela Espanha com oito (10,25%) e Estados Unidos com seis (7,69%). Com quatro (5,17%) publicações (Reino Unido), três (3,84%) (Holanda e Nova Zelândia), duas (2,56%) (Austrália) e uma (1,28%) (Argentina, Canadá, Chile, Israel e Portugal), conforme a figura 2.

Figura 2- Mapeamento das publicações de acordo com os países. Alfenas, MG, Brasil, 2024.



Fonte: Autores (2024).

Em relação ano de publicação, identificou-se estudos de 2002 a 2023, com destaque para 2022 com 11 (14,10%) estudos, seguido por 2020 com 10 (12,82%), 2014 com nove (11,53%) e 2021 com oito (10,25%) estudos. Nos demais anos, verificou-se uma publicação (1,28%) (2002, 2009, 2010, 2023), duas (2,56%) (2003, 2007, 2011), três (3,84%) (2012, 2013), quatro (5,12%) (2015, 2019), cinco (6,41%) (2017, 2018) e seis (7,76%) (2016). O idioma de destaque dos estudos mapeados foi o português, com 41 (52,56%), seguido pelo inglês, 30 (38,46%) e espanhol, 7 (8,98%).

Além disso, outras informações que caracterizam os 78 estudos estão apresentadas, como identificação, tipo de fonte, título do estudo e ano, conforme indicado no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos de acordo com a identificação, o tipo de fonte, o título do estudo e o ano. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

ID	Autor/Ano	Tipo de Publicação	Título	Idioma
1	Paes, 2021	Dissertação	A influência da literacia em saúde e do conhecimento da doença na autogestão do cuidado em adultos com Diabetes Mellitus tipo 2: subsídios para enfermagem	Português
2	Momin <i>et al.</i> , 2022	Artigo Original	A nurse practitioner-led telehealth protocol to improve diabetes outcomes in primary care	Inglês
3	Costa <i>et al.</i> , 2022	Artigo Revisão	Assistência ao portador de diabetes mellitus na atenção primária: papel do enfermeiro e importância na equipe multidisciplinar	Português
4	Labegalini <i>et al.</i> , 2022	Artigo Original	Atendimento de saúde a pessoas hipertensas e diabéticas: percepção de enfermeiros	Português
5	Pérez <i>et al.</i> , 2014	Artigo Relato de Caso	Prescripción de recursos comunitarios para la mejora del autocuidado en enfermedades crónicas: Gestión de un caso clínico en Atención Primaria	Espanhol
6	Silva <i>et al.</i> , 2022	Artigo Original	Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para a pessoa com úlcera do pé diabético	Português
7	Bezerra, 2014	Dissertação	Construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos no Programa Saúde da Família.	Português
8	Matias; kaizer; São-joão, 2013	Artigo Original	Consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidado às pessoas com doenças crônicas cardiometabólicas	Português
9	Encarnação; Santos; Heliotério, 2017	Artigo Relato de Experiência	Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência	Português
10	Silva <i>et al.</i> , 2014	Artigo Original	Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus na atenção básica	Português
11	Souza <i>et al.</i> , 2020	Artigo Relato de Experiência	Consulta de Enfermagem: relato de experiência sobre promoção da saúde de pessoas com Diabetes Mellitus	Português
12	Silva; Ferreira, 2016	Artigo Original	Content validation study of nursing interventions intended to prevent cardiovascular events in diabetic patients	Inglês
13	Beal <i>et al.</i> , 2020	Artigo Original	Cuidado de indivíduos com diabetes mellitus: a consulta de enfermagem na perspectiva de enfermeiras	Português
14	Melo <i>et al.</i> , 2020	Artigo Original	Development and assessment of an application for primary care for users with diabetes mellitus	Inglês
15	Lenz <i>et al.</i> , 2002	Artigo Original	Diabetes care processes and outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians	Inglês
16	Brugada <i>et al.</i> , 2003	Artigo Relato de Caso	Diversity and universality in response to patient diabetic foot pakistani with type 2 diabetes mellitus from primarycare	Espanhol
17	Daly <i>et al.</i> , 2014	Artigo Original	Do primary health care nurses address cardiovascular risk in diabetes patients?	Inglês
18	Paes <i>et al.</i> , 2022	Artigo Original	Efeitos de intervenção educativa no letramento em saúde e no conhecimento sobre diabetes: estudo quase-experimental	Português
19	Echenique; Rodríguez; Fernández, 2020	Artigo Original	Efectividad de las intervenciones enfermeras en el control de la diabetes mellitus tipo 2	Espanhol
20	Cárdenas-Valladolid <i>et al.</i> , 2012	Artigo Original	Effectiveness of standardized nursing care plans in health outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus: A two-year prospective follow-up study	Inglês
21	Xavier <i>et al.</i> , 2020	Artigo Original	Estratégias para promoção da segurança dos usuários diabéticos na estratégia saúde da família	Português
22	Martínez-Alberto <i>et al.</i> , 2020	Artigo Original	Evaluation of the risk of diabetic peripheral neuropathy: Design and validation of the NeuDiaCan nursing screening procedure	Inglês
23	Dantas; Figueiredo;	Artigo Original	Family health nurse interventions in the diabetes surveillance consultation	Inglês

	Guedes, 2022			
24	Silva <i>et al.</i> , 2020	Artigo Original	Grau de risco do pé diabético na atenção primária à saúde	Português
25	Al Sayah <i>et al.</i> , 2014	Artigo Original	Health literacy and nurses' communication with type 2 diabetes patients in primary care settings	Inglês
26	Bodicoat <i>et al.</i> , 2014	Artigo Original	Identifying effective pathways in a successful continuous quality improvement programme: The GEDAPS study	Inglês
27	Souza <i>et al.</i> , 2021	Artigo Original	Impactos das estratégias educativas de promoção à saúde para prevenção e controle do diabetes mellitus na atenção primária	Português
28	Den Engelsen <i>et al.</i> , 2009	Artigo Original	Improved care of type 2 diabetes patients as a result of the introduction of a practice nurse: 2003-2007	Inglês
29	Cavalcante <i>et al.</i> , 2021	Artigo Original	Ineffective health management in people with type 2 diabetes	Inglês
30	Sánchez-Robles; Gea-Lázaro, 2012	Artigo Original	Intensive dietary advice program in primary care	Espanhol
31	López-Pisa; Prats-Guardiola, 2012	Artigo Relato de Caso	Joint home follow-up of a patient with complicated diabetes mellitus by the case manager and the community nurse: II	Espanhol
32	Van Dijk-De Vries <i>et al.</i> , 2015	Artigo Original	Lessons learnt from a cluster-randomised trial evaluating the effectiveness of Self-Management Support (SMS) delivered by practice nurses in routine diabetes care	Inglês
33	Price <i>et al.</i> , 2011	Artigo Original	Long-term glycaemic outcome of structured nurse-led diabetes care in rural Africa	Inglês
34	Steffen <i>et al.</i> , 2021	Artigo Original	Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: An RCT	Inglês
35	Almeida <i>et al.</i> , 2017	Artigo Original	Nurse training in primary care: educational actions with people living with Diabetes mellitus	Inglês
36	Guerrero-Núñez; Valenzuela-Suazo; Cid-Henríquez, 2018	Artigo Original	Nursing Care for Persons with Diabetes Mellitus Type 2, According to the Theory of Bureaucratic Care	Espanhol
37	Araújo <i>et al.</i> , 2018	Artigo Original	Cuidado de enfermagem ao paciente com diabetes fundamentado na Teoria de King	Português
38	Silva <i>et al.</i> , 2018	Artigo Relato de Experiência	Nursing consultation for people with diabetes mellitus: experience with an active methodology	Português
39	Murrells <i>et al.</i> , 2015	Artigo Original	Nursing consultations and control of diabetes in general practice: a retrospective observational study	Inglês
40	Brito-Brito <i>et al.</i> , 2022	Artigo Original	Nursing Diagnoses, Planned Outcomes and Associated Interventions with Highly Complex Chronic Patients in Primary Care Settings: An Observational Study	Inglês
41	Wakefield <i>et al.</i> , 2013	Artigo Original	Nursing interventions in a telemonitoring program	Inglês
42	Weiler; Tirrell, 2007	Artigo Original	Office nurse educators: Improving diabetes self-management for the Latino population in the clinic setting	Inglês
43	Van Dijk-De Vries <i>et al.</i> , 2016	Artigo Original	Patients' readiness to receive psychosocial care during nurse-led routine diabetes consultations in primary care: A mixed methods study	Inglês
44	Andrade <i>et al.</i> , 2010	Artigo Original	Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde	Português
45	Sampaio <i>et al.</i> , 2017	Artigo Original	Profile of nursing diagnoses in people with hypertension and diabetes	Inglês
46	Howland <i>et al.</i> , 2020	Artigo Original	Primary Care Clinic Nurse Activities with a Telehealth Monitoring System	Inglês
47	Alba-Martin, 2014	Artigo Relato de Caso	Proceso de atención de enfermería ante un paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2	Espanhol
48	Araújo; Alencar, 2022	Artigo Original	Processo de Trabalho de Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde de Hipertensos e Diabéticos	Português
49	Whittemore <i>et al.</i> , 2003	Artigo Revisão	Promoting lifestyle change in the prevention and management of type 2 diabetes	Inglês
50	Florianópolis, 2015	Protocolo	Protocolo de Enfermagem Volume 1- Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares.	Português
51	Rosso <i>et al.</i> , 2014	Protocolo	Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás	Português
52	Melo, 2018	Dissertação	Protocolo de enfermagem para grupos de educação em saúde aos hipertensos e diabéticos na atenção primária à saúde	Português
53	Lauterte <i>et al.</i> , 2020	Artigo Original	Protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus na atenção primária	Português
54	Araújo, 2017	Dissertação	Protótipo de uma tecnologia móvel para classificação de risco de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus	Português
55	Draeger <i>et al.</i> , 2022	Artigo Relato de Caso	Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde	Português
56	Graves <i>et al.</i> , 2016	Artigo Original	Psychological skills training to support diabetes self-management: Qualitative assessment of nurses' experiences	Inglês
57	Ferreira, 2019	Dissertação	Registro da Assistência de Enfermagem em consultas a portadores de Diabetes Mellitus na Atenção	Português

			Básica	
58	Silveira <i>et al.</i> , 2011	Artigo Relato de Experiência	(Re)estruturação de atendimentos do programa Hiperdia em uma USF do interior mineiro	Português
59	Stival <i>et al.</i> , 2022	Artigo Original	Risco de glicemia instável em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2	Português
60	Almeida; Silva; Magro, 2016	Artigo Original	Risco para lesão renal aguda em hipertensos e diabéticos na atenção primária a saúde	Português
61	Shani <i>et al.</i> , 2014	Artigo Original	Structured nursing follow-up: Does it help in diabetes care?	Inglês
62	Furler <i>et al.</i> , 2017	Artigo Original	Supporting insulin initiation in type 2 diabetes in primary care: Results of the Stepping Up pragmatic cluster randomised controlled clinical trial	Inglês
63	Daly; Arroll; Scragg, 2019	Artigo Original	Trends in cardiovascular management of people with diabetes by primary healthcare nurses in Auckland, New Zealand	Inglês
64	Daly; Arroll; Scragg, 2021	Artigo Original	Trends in diabetes care and education by primary health care nurses in Auckland, New Zealand	Inglês
65	Alazri <i>et al.</i> , 2007	Artigo Original	UK GPs' and practice nurses' views of continuity of care for patients with type 2 diabetes	Inglês
66	Rodrigues; Damiano, 2014	Artigo Original	Ambiente Virtual: auxílio ao atendimento de enfermagem para surdos com base no protocolo de Atenção Básica	Português
67	Sousa <i>et al.</i> , 2021	Artigo Original	Consulta de enfermagem no diabetes mellitus: satisfação dos usuários atendidos na estratégia de saúde da família	Português
68	Ferrito; Nunes; Carneiro, 2013	Artigo Original	Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica	Português
69	Gomes, 2023	Trabalho de Conclusão de Curso	Atuação do enfermeiro na prevenção do pé diabético na atenção primária	Português
70	Marques, 2020	Trabalho de Conclusão de Curso	Caderneta como instrumento tecnológico para consulta de enfermagem a pacientes acompanhados no Hiperdia	Português
71	Santos, 2016	Trabalho de Conclusão de Curso	Intervenções de enfermagem na prevenção de úlceras de pé diabético decorrentes do Diabetes Mellitus: revisão integrativa	Português
72	Souza, 2018	Trabalho de Conclusão de Curso	Assistência de enfermagem na prevenção de complicações do diabetes mellitus: discursos de enfermeiros da atenção primária	Português
73	Teston, 2015	Tese	Consulta De Enfermagem Baseada No Autocuidado Apoiado: Benefícios No Manejo E Controle Do Diabetes Mellitus	Português
74	Cruz, 2016	Dissertação	Contribuição Da Consulta De Enfermagem Na Adesão Ao Tratamento Do Diabetes Mellitus Na Estratégia Saúde Da Família Do Município De Ribeirão Preto, SP	Português
75	Nava, 2021	Dissertação	Impacto Do Monitoramento De Enfermagem No Controle Da Adesão Medicamentosa E Da Prática De Exercícios Físicos Para Diabéticos E Hipertensos Na Atenção Primária À Saúde	Português
76	Carvalho Neto, 2022	Dissertação	Situação Vacinal Entre Pessoas Com Diabetes Mellitus Atendidas Na Atenção Primária À Saúde	Português
77	Draeger, 2019	Dissertação	Práticas Dos Enfermeiros Para O Monitoramento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis No Contexto Da Atenção Primária À Saúde	Português
78	Souza, 2019	Dissertação	A Consulta De Enfermagem Baseada Na Entrevista Motivacional Como Estratégia Para O Controle Da Diabetes Mellitus Tipo 2 E Hipertensão Arterial Na Atenção Primária À Saúde: Um Ensaio Clínico Randonizado	Português

Fonte: elaborado pela autora (2024).

A partir da análise dos estudos incluídos, foram construídas cinco categorias temáticas, fundamentadas nas etapas do PE (avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução) e na TNHB.

### *Avaliação de Enfermagem na Consulta à Pessoa com DM: uma abordagem integral*

A CE voltada à pessoa com DM no contexto da APS requer uma avaliação abrangente e multidimensional, que englobe as dimensões biológicas, sociais, espirituais e psicológicas.

Com o intuito de facilitar compreensão de sua complexidade, ilustrou-se a interconexão entre as NHB e os diferentes aspectos da avaliação de enfermagem, de acordo com a figura 3.

Figura 3 - Avaliação de enfermagem na consulta à pessoa com DM e sua interconexão entre as NHB. Alfenas, MG, Brasil, 2024



Fonte: elaborado pela autora (2024).

A integralidade na avaliação de enfermagem na consulta à pessoa com DM na APS ultrapassa a abordagem tradicional centrada apenas nos aspectos biológicos e clínicos. As informações coletadas são interdependentes e fundamentais para subsidiar a construção de um plano de cuidado centrado na pessoa, de acordo com suas singularidades e contexto de vida.

#### *Diagnósticos de Enfermagem em DM: mapeando as necessidades das pessoas na APS*

A identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) constitui uma etapa importante para direcionar o cuidado à pessoa com DM na APS. Desse modo, compreender a diversidade e complexidade dos DE, a partir do levantamento das necessidades das pessoas é fundamental, para nortear a prática clínica, conforme explicitado na figura 4.

Figura 4 - Diagnósticos de Enfermagem em DM por meio do mapeando das necessidades das pessoas na APS. Alfenas, MG, Brasil, 2024



Fonte: elaborado pela autora (2024).

A figura acima evidencia a interconexão entre a TNHB e os DE, permitindo aos enfermeiros a compreensão da complexidade do DM e do seu impacto na multidimensionalidade da pessoa; a realização de DE precisos e individualizados; o planejamento de intervenções eficazes que atendam às necessidades prioritárias da pessoa; a avaliação da efetividade das intervenções e a evolução da pessoa; e a comunicação dos DE de forma clara e concisa para a equipe multiprofissional.

Ademais, ressalta-se a importância da utilização dos sistemas de terminologias padronizadas como NANDA-I e CIPE®, e da capacitação profissional para o uso adequado dos DE na prática clínica, o que contribui para a segurança, qualidade e visibilidade do cuidado de enfermagem na APS.

### *Planejamento do Cuidado em Diabetes na APS: um olhar abrangente pelas NHB*

O planejamento do cuidado à pessoa com DM no contexto da APS deve ser individualizado, centrado nas necessidades da pessoa e fundamentado em uma abordagem

integral. A interrelação entre as NHB e as categorias chave destacadas na figura 5 abaixo, subsidiam a elaboração de um planejamento de enfermagem eficiente e resolutivo.

Figura 5- Planejamento do cuidado em diabetes na APS. Alfenas, MG, Brasil, 2024



Fonte: elaborado pela autora (2024).

Constata-se a importância de um planejamento de enfermagem em uma perspectiva integral, que considere a pessoa com DM em sua totalidade biopsicosocioespiritual, o que favorece a identificação de necessidades prioritárias, o estabelecimento de metas individualizadas e realistas, bem como a promoção do autocuidado.

A visualização das interconexões entre as dimensões das NHB, facilita tanto a comunicação do plano de cuidado com a equipe multiprofissional, quanto o envolvimento da pessoa em seu próprio processo de cuidado. Isso reforça a continuidade da assistência, o que contribui para o controle clínico do diabetes, a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida.

*Implementação de Enfermagem no Cuidado à pessoa com DM: da teoria à ação na APS*

A implementação efetiva do cuidado de enfermagem à pessoa com DM na APS exige a tradução do planejamento em ações práticas, orientadas pelas necessidades individuais da pessoa em seu processo saúde-doença. Essa etapa permite acompanhar a progressão dinâmica do cuidado, a partir das NHB, conforme figura 6.

Figura 6 - Implementação de enfermagem no cuidado à pessoa com DM. Alfenas, MG, Brasil, 2024



Fonte: elaborado pela autora (2024).

Reitera-se a importância da implementação individualizada, sistematizada e contínua do cuidado de enfermagem à pessoa com DM, da integração das dimensões das NHB, da utilização das evidências científicas e da avaliação contínua para otimizar o cuidado e promover a saúde integral da pessoa com diabetes.

*Evolução do Cuidado em DM: monitorando o progresso e aprimorando resultados na APS*

A etapa de Evolução de Enfermagem no cuidado à pessoa com DM na APS é fundamental para monitorar o progresso clínico da pessoa, por meio da análise da

efetividade das intervenções realizadas, bem como para ajustar próximos passos do cuidado, com vistas a melhoria da adesão ao tratamento e à promoção da saúde, conforme a Figura 7.

Figura 7 - Evolução do cuidado em DM. Alfenas, MG, Brasil, 2024



Fonte: elaborado pela autora (2024).

Constata-se que a Evolução de Enfermagem contribui para o monitoramento sistemático e individualizado da pessoa; a identificação precoce de problemas e intervenções oportunas; a melhoria da comunicação e do engajamento da pessoa ao tratamento; e o aprimoramento da qualidade da assistência e dos desfechos clínicos e em saúde.

Posto isso, a evolução de enfermagem, quando realizada de forma sistemática, contínua e fundamentada em evidências, configura-se como um instrumento potente para a promoção do cuidado integral e centrado na pessoa com DM na APS. Além de permitir o monitoramento individualizado da resposta ao plano terapêutico, a evolução contribui significativamente para a qualificação da prática clínica do enfermeiro e para o fortalecimento da dimensão político-organizacional dos serviços de saúde, ao subsidiar decisões gerenciais, aprimorar indicadores

assistenciais e favorecer a construção de modelos de atenção mais equitativos, resolutivos e centrados nas necessidades das pessoas.

Verificou-se que o Brasil se destacou como líder em publicações de estudos sobre cuidados durante a CE às pessoas com DM na APS (1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 21, 24, 27, 29, 34, 35, 37, 38, 44, 45, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78), em comparação com outros países. A razão para isto deve-se ao cumprimento da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (Brasil, 2018) que visa orientar e direcionar as pesquisas em saúde no Brasil, para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, e a melhoria da qualidade de vida da população.

Ademais, a prioridade da pesquisa em Enfermagem na área das DCNT acompanhou as tendências globais e refletiu os avanços necessários em cuidados e educação (Barros *et al.*, 2020).

Observou-se uma diversidade de fontes de pesquisa utilizadas, o que reflete a heterogeneidade dos estudos. Este panorama coaduna com os achados de um estudo de revisão, que destacou a variedade de tipos de fontes empregadas nas investigações sobre a CE às pessoas com DM (Silva *et al.*, 2021).

A CE desempenha um papel fundamental na organização e sistematização da assistência, a qual permite o diagnóstico preciso de problemas de saúde, o desenvolvimento de planos de cuidados personalizados, o acompanhamento da saúde da pessoa e a promoção de cuidados contínuos em variados contextos de saúde. Além disso, ressalta-se o valor da CE para estabelecer e fortalecer o vínculo entre o enfermeiro e a pessoa, com vistas a facilitar a interação dialógica durante o processo de cuidado (Carvalho *et al.*, 2024; Madella *et al.*, 2024; Mota; Moura-Lanza; Nogueira-Cortez, 2019; Schlosser *et al.*, 2023; Teixeira *et al.*, 2023).

Para a condução da CE, a Resolução Cofen nº 736/2024 estabelece a implementação do PE em todos os contextos de cuidado, respaldando-se em legislações e princípios éticos da profissão. O PE organiza-se em cinco etapas interrelacionadas: Avaliação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Evolução. A documentação do processo deve ser formalizada no prontuário da pessoa, e há a necessidade da capacitação dos profissionais para a aplicabilidade do PE (Cofen, 2024).

No entanto, a análise dos estudos desta revisão revela que, na maioria dos casos, a CE não é devidamente sistematizada pelo PE. Quando esta ocorre, sua implementação muitas vezes não abrange todas as etapas do PE, contribuindo para a fragmentação da CE (Santos *et al.*, 2017).

As teorias de enfermagem fornecem uma estrutura teórica, ou seja, um arcabouço científico para a prática da enfermagem, especialmente, para a CE. São sistemas interligados de conceitos, que oferecem uma perspectiva holística e sistêmica para a compreensão dos fenômenos relacionados à saúde e ao cuidado (Bousoo; Poles; Cruz, 2014).

A presente revisão traz a análise do PE alicerçado na TNHB à pessoa com DM na APS, com vistas a compreender suas necessidades dentro do complexo e dinâmico processo saúde-doença. Essa teoria mostrou-se amplamente utilizada em pesquisas brasileiras, de acordo com uma revisão bibliométrica (Alves *et al.*, 2021) na medida que sua aplicação no PE propicia um modelo holístico para a assistência de enfermagem e a utilização de um método sistemático e estruturado para o cuidado, com foco nas necessidades básicas.

A aplicabilidade do PE durante a CE, inicia-se na etapa de avaliação. Os estudos analisados à luz da TNHB, resgatam elementos importantes da primeira etapa do PE como, histórico de saúde, exame físico, exames complementares, instrumentos, dados sociodemográficos, fatores psicossociais e espiritualidade/religiosidade.

Nas necessidades psicobiológicas, destaca-se o levantamento do histórico de saúde da pessoa com DM (3, 4, 17, 16, 20, 24, 51, 54, 58, 63, 65, 68), o tempo de diagnóstico (37, 78), as comorbidades (37, 54, 68, 74, 75, 77, 78), o histórico familiar (51, 78), os hábitos de vida (4, 16, 54, 77), os tratamentos prévios (24, 44, 51) e as queixas atuais (4, 51, 58).

Para a realização do exame físico, o foco foi para os sinais vitais (4, 10, 16, 20, 24, 36, 47, 57, 58, 68, 75, 78), dados antropométricos (9, 10, 16, 20, 24, 36, 47, 58, 68, 74, 75), avaliação dos pés e pele (9, 10, 16, 22, 24, 36, 38, 44, 47, 51, 68, 74), cavidade oral (51,68), acuidade visual (10, 11, 24, 71) e ausculta cardíaca e respiratória (51); exames complementares, como Hemoglobina Glicada (HbA1c) (2, 10, 38, 47, 54, 68, 74, 77), glicemia (2, 10, 38, 47, 54, 74, 77), hemograma (38), perfil lipídico (10, 38, 47, 54, 77) e função renal (2, 38, 47, 54, 75, 77).

Além do uso de instrumentos/escalas para a avaliação das pessoas com DM, como instrumentos clínicos (1, 18, 24, 37, 44), estratificação risco cardiovascular- *Score de Framingham* (9, 16, 75, 77), *Michigan Neuropathy Screening Instrument- MSNI* (22), Teste de *Snellen* (11), *Tip-therm*, *TSA-II Neuro Sensory Analisador* e *Thermoskin*- avaliação da sensibilidade ao calor (22) e os estudos também abordaram o emprego de equipamentos como diapasão 128 Hz (9, 22, 44), monofilamento 10g (9, 22, 44), glicosímetro (54), aparelho de pressão arterial (54, 74) e fita métrica (54, 74, 75).

A avaliação do histórico de saúde (Geng *et al.*, 2023) e a condução do exame físico, com a utilização de instrumentos (Damascos *et al.*, 2020; Malik; Ananthakrishnan, 2022; Ye *et al.*, 2022), são essenciais para a primeira etapa do PE.

Ainda nesta etapa, no domínio das necessidades psicossociais, destaca-se a importância do levantamento dos dados sociodemográficos (1, 17, 18, 20, 24, 37, 38, 44, 54, 56, 68, 74, 75, 78) e fatores psicossociais (54, 68). Estudo realizado na Espanha identificou que as pessoas com DM atendidas na APS que moravam sozinhas, com baixo nível socioeconômico e que precisavam de ajuda no autocuidado, apresentavam efeito negativo na qualidade de vida (Galán *et al.*, 2021).

Quanto as necessidades psicoespirituais (38,51) no cuidado à pessoa com DM, os estudos consideraram as crenças, as práticas religiosas e a influência da fé (Long, 2020; Tang *et al.*, 2020).

Por fim, na etapa da avaliação é importante ressaltar a necessidade dos sistemas de informação (16, 57, 77) para o acompanhamento da pessoa, assim como a disponibilidade de recursos materiais (38, 68, 77, 78) e a definição de uma terminologia padronizada (38) para documentar os achados da avaliação da prática clínica. A padronização de documentos clínicos aprimora a coleta e qualidade dos dados, além de facilitar as análises, padronizar sistemas de cuidados e promover a uniformidade dos dados (McLachlan *et al.*, 2020).

Na etapa do diagnóstico de enfermagem, os quais são mapeados mediante as necessidades das pessoas com DM na APS, evidenciou-se categorias chave, como atividade/repouso, com destaque para a atividade física insuficiente, deambulação prejudicada e intolerância à atividade (1, 5, 6, 7, 8, 11, 17, 18, 31, 38, 47), além do sono prejudicado (insônia) (5, 30).

Identificou-se também o padrão nutricional/metabolismo desequilibrado, obesidade e risco de glicemia instável (hipo/hiperglicemia) (1, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 17, 18, 20, 21, 37, 38, 40, 45, 59), assim como, risco de disfunção cardíaca/pressão arterial alterada (6, 8, 15, 17, 45) e padrão respiratório ineficaz (7, 8, 40, 47).

As mudanças no estilo de vida têm impactos significativos no controle do DM. A alimentação saudável e a prática de exercícios físicos são componentes essenciais do tratamento não farmacológico, influenciando na saúde cardiometabólica e na qualidade de vida (Al-Mhanna *et al.*, 2023; Dingena *et al.*, 2023; Khan *et al.*, 2023; Zhang *et al.*, 2023).

Outros DE importantes para a pessoa com DM relacionado às necessidades psicobiológicas se referem à integridade tissular (risco de lesão/pé diabético e integridade da pele prejudicada) (6, 8, 15, 16, 20, 31, 38, 40, 45); ao risco de quedas e infecção (6, 31, 40); e

dor (aguda/crônica) (6, 8, 40). As úlceras do pé diabético afetam aproximadamente 18,6 milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano e estão associadas ao aumento das taxas de amputação e mortalidade (Armstrong *et al.*, 2023; IDF, 2021).

Os DE acerca do déficit visual (6, 8, 11, 15, 16, 31) e auditivo (31); eliminação urinária prejudicada (7, 40) e desempenho sexual prejudicado (5, 6, 43) embora pouco evidenciados nos estudos, também são relevantes na CE à pessoa com DM.

No domínio das necessidades psicossociais, mapeou-se os DE acerca da comunicação prejudicada (6); déficit de apoio social/familiar (3, 6, 8, 21); interação social prejudicada/déficit de atividades recreativas (4, 5, 6, 7, 31); autocuidado deficitário (6, 9, 38) e baixa autoestima (6, 7, 9); e conhecimento insuficiente sobre DM e seu tratamento (1, 5, 6, 7, 16, 18, 20, 21, 38). E no domínio das necessidades psicoespirituais, diagnósticos relacionados as crenças culturais e religiosas conflitantes (6, 9).

Outros DE elegíveis para a pessoa com DM identificado na presente revisão, estão relacionados a gestão ineficaz da saúde e não adesão ao tratamento (4, 5, 6, 7, 8, 20, 27, 29, 40); e a dificuldade de acesso à medicamentos e insumos (8).

O uso de DE permite aos enfermeiros intervirem de maneira direcionada, segura e eficaz. Eles auxiliam na avaliação abrangente das pessoas com DM, considerando sua multidimensionalidade; e facilitam a organização de dados, o planejamento de intervenções, o raciocínio clínico e o estabelecimento de vínculo profissional-paciente (Barra *et al.*, 2021; França *et al.*, 2023; Marques *et al.*, 2022; Severina *et al.*, 2022).

Na etapa do planejamento de enfermagem, determina-se as necessidades de cuidados levantadas na etapa anterior e direciona-se as intervenções personalizadas, identificando o recurso mais apropriado para cada pessoa, mediante sua situação clínica, e engloba-se nesse processo, o apoio social e familiar disponível (Brito-Brito *et al.*, 2022).

Nesta revisão, o planejamento de enfermagem relacionado as necessidades psicobiológicas, teve destaque para as categorias chave: educação em saúde; rastreamento e acompanhamento; intervenções e terapêutica.

Na categoria de educação em saúde, foi identificada a importância da autogestão da doença, como sinais e sintomas, controle glicêmico, medicação e complicações (1, 9, 18, 51, 70); hábitos de vida saudáveis como, alimentação, atividade física e sono (24, 30, 40, 70); cuidados com os pés e prevenção de lesões (24, 40); e diferentes abordagens como, consultas individuais (4, 17, 31), grupos educativos (1, 9, 18), telessaúde (1, 2, 17, 18, 19) e visitas domiciliares (4, 9, 11).

Uma revisão destacou que as intervenções educativas direcionadas as pessoas com DM, realizadas no contexto da APS, demonstrou impacto significativamente positivo na adesão ao tratamento, no fortalecimento do autocontrole e no aumento do conhecimento sobre a condição (Castillo-Merino *et al.*, 2023).

Na categoria do rastreamento e acompanhamento, os estudos abordaram a solicitação e análise de exames laboratoriais (glicemia, hemoglobina glicada e perfil lipídico) (4, 11, 13, 17, 70); o monitoramento de parâmetros clínicos (pressão arterial, peso, IMC e circunferência abdominal) (1, 17, 19, 20, 23, 24, 30, 40, 70); a avaliação do risco cardiovascular e de outras complicações (4, 10); e a triagem visual e auditiva (11, 24, 70).

Além disso, na categoria das intervenções destacou-se o manejo da dor e de outros sintomas (40, 47); cuidados com os pés e tratamento de lesões (4, 10, 11, 16, 21, 23, 24, 40, 47, 51, 70); controle de infecção (40, 70); prevenção de quedas (40, 47); orientação sobre imunização (11, 23, 40); e encaminhamento para outros profissionais (4, 11, 17).

Estudo que investigou a prevalência e os fatores de risco associados à percepção tátil alterada nos pés de 224 pessoas com DM, constatou uma prevalência da percepção do tato alterada de 53,1%. Esses resultados destacam a importância de estratégias preventivas no planejamento de ações para o cuidado com os pés (Noronha *et al.*, 2020).

E por fim, na categoria terapêutica, destaca-se a orientação sobre uso de medicamentos (hipoglicemiantes orais e insulina) (4, 10, 11, 15, 21, 24, 37, 40, 51, 70); estratégias para o controle glicêmico e promoção da adesão ao tratamento (11, 13, 15, 51).

Em relação as necessidades psicossociais, evidenciou-se o suporte social e familiar (3, 5, 12, 16, 19, 24, 31, 47), com o envolvimento da família no cuidado e mobilização de recursos sociais e comunitários (grupos de apoio). Estudo realizado no México constatou que o suporte familiar desempenha um papel importante no manejo do diabetes e pode influenciar significativamente o contexto no qual a pessoa se insere (García-Ulloa *et al.*, 2024).

Outra categoria é o fortalecimento do enfrentamento (5, 19, 24, 30, 40, 47), com estratégias para manejo do estresse, ansiedade e medo; promoção da autoestima e autoconfiança; apoio emocional e desenvolvimento de habilidades sociais.

Na educação ressalta-se a necessidade de facilitação do aprendizado sobre a DM e seu tratamento; e adaptação do ensino às necessidades individuais (escolaridade, cultura) (5, 19, 24, 30, 40, 47). A literacia em saúde está associada a uma melhor compreensão da doença, à gestão eficaz e ao engajamento em comportamentos de autocuidado da pessoa com DM (Jafari *et al.*, 2024).

No que concerne as necessidades psicoespirituais, os cuidados devem ser alicerçados na categoria da espiritualidade (12), na qual a oferta de suporte espiritual e o respeito às crenças religiosas é fundamental; como também a valorização das crenças e valores (3, 5, 16, 30, 49), sendo necessário integrá-los no plano de cuidado.

Ademais, o mapeamento dos estudos incluídos nesta revisão, destacou a integração de estratégias avançadas como, o uso de terminologias padronizadas (NANDA-I, NIC, NOC, CIPE, Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva-CIPESC) (5, 8, 12, 14, 16, 19, 20, 24, 30, 31, 38, 40, 47, 68); registros informatizados (12, 40, 57); trabalho multiprofissional (4, 5, 9); capacitação de enfermeiros (Entrevista Motivacional) (34); e vigilância em saúde (19, 47), para identificar, monitorar e controlar fatores de risco e complicações, nos planos de cuidado, por meio das quais, é possível fornecer uma assistência de qualidade, com vistas aos melhores resultados.

A utilização de uma linguagem padronizada implica na adoção de termos ou expressões previamente definidos e reconhecidos pela enfermagem para descrever avaliações, intervenções e resultados relevantes no âmbito do cuidado, o que contribui para uma comunicação mais clara, precisa, consistente e eficaz no cuidado (Silva *et al.*, 2022).

Na quarta etapa do PE, implementação de enfermagem, os estudos incluídos na revisão, mencionaram a aplicação da educação em saúde; monitoramento e acompanhamento; intervenções complementares; encaminhamentos; suporte social e familiar; fortalecimento do enfrentamento; educação/literacia em saúde; suporte espiritual, integração de crenças, valores e cultura. Para a implementação das ações planejadas, é necessário considerar o componente do planejamento da assistência (Cofen, 2024; Silva; Silva; Gonzaga, 2017).

Na categoria educação em saúde (1, 3, 5, 9, 18, 19, 24, 26, 27, 33, 34, 36, 42, 46, 47, 52, 55, 62, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 75, 77) denota-se a importância do conteúdo (autogestão, hábitos saudáveis, cuidados com os pés) e do método utilizado, como consultas individuais, grupos educativos, materiais impressos e digitais e telessaúde. Esses resultados coadunam aos achados presentes na literatura científica, que enfatizam a relevância da educação em saúde e as estratégias a serem utilizadas (Chowdhury *et al.*, 2024; Hoe; Ahmad; Watterson, 2024; Sharma; Feldman; Sharma, 2024).

Em relação ao monitoramento e acompanhamento, apontaram a solicitação e avaliação de exames (4, 11, 13, 17, 46, 50, 53, 64, 73); a monitorização de parâmetros clínicos, como pressão arterial, peso, dentre outros (19, 20, 23, 25, 26, 28, 46, 50, 52, 55, 69, 73, 75, 77, 78); avaliação do risco cardiovascular e de complicações (4); triagem visual e auditiva (11, 24); e verificação da situação vacinal (11, 23, 25, 76).

Ensaio clínico randomizado realizado com adultos com diabetes tipo 2 tratados com insulina, destacou o potencial do monitoramento contínuo da glicose, com melhorias significativas no controle da glicemia, HbA1c, dose diária de insulina, peso, IMC e autoavaliação de saúde, bem-estar, satisfação e comportamento de saúde (Lind *et al.*, 2024).

Identificou-se a implementação de intervenções acerca dos cuidados com os pés e tratamento de lesões (4, 10, 11, 16, 23, 24, 25, 26, 28, 47, 53, 69); administração de medicamentos e insumos (10, 11, 15, 24, 25, 33, 41, 42, 46, 47, 71, 75); orientações sobre armazenamento e transporte de insulina (4, 7, 10, 11, 15, 75). Um estudo evidenciou que mesmo as pessoas que convivem com o DM por muitos anos, não são isentas das dificuldades relacionadas ao uso da insulina e ao manejo da doença, reforçando a importância da educação em saúde continuada para a autonomia na autogestão do diabetes (Lemos *et al.*, 2024).

Além disso, a necessidade de realização de encaminhamentos (4, 11, 17, 26, 28, 36, 38, 50, 58, 75, 77), ao nutricionista, endocrinologista, oftalmologista e aos serviços de apoio social, também foram implementados na CE.

Na dimensão psicossocial, evidenciou-se a implementação de ações acerca do envolvimento da família no cuidado e mobilização de recursos sociais e comunitários (5, 31, 36, 42). A participação ativa da família pode melhorar o suporte social das pessoas com DM, o qual facilita a manutenção das habilidades de autogestão da doença (Matrook *et al.*, 2024).

Outrossim, o fortalecimento do enfrentamento (manejo do estresse, ansiedade, medo, autoestima, autoconfiança, apoio emocional) (1, 9, 23, 41, 56, 62, 78) e a facilitação do aprendizado sobre o DM mediante as necessidades individuais (escolaridade, cultura) (5, 11, 19,36), também são ações importantes nas CE.

Para as necessidades psicoespirituais (5, 11, 16), o suporte espiritual e a integração de crenças, valores e cultura se destacaram na implementação do cuidado.

Ressalta-se também, a importância de estratégias integradas de gestão e cuidado em saúde, no que tange ao uso de terminologias padronizadas (NANDA, NIC, NOC, CIPE, CIPESC, Classificação Internacional de Atenção Primária- CIAP) (16, 19, 30, 38, 40, 47, 50, 73); registros informatizados (SOAP) (36, 38, 40, 41, 50, 57); recursos tecnológicos (telessaúde, aplicativos) (65,74); e vigilância em saúde (monitoramento de indicadores de saúde e busca ativa) (26, 36, 77).

Além disso, destaca-se a realização do trabalho em caráter multiprofissional (4, 5, 38, 55, 64) e de capacitações e treinamentos (36, 42) dos enfermeiros para o cuidado em DM (entrevista motivacional). No contexto da APS, a CE com base na entrevista motivacional se

mostrou mais eficaz do que os cuidados usuais para melhorar a adesão ao tratamento em pessoas com DM, além de auxiliar na redução dos níveis de HbA1c (Steffen *et al.*, 2021).

Nos estudos analisados nesta revisão, observou-se que na etapa de evolução de enfermagem, última etapa do PE, geralmente são encontradas deficiências tanto na sua execução quanto na documentação, o que resulta em uma etapa incompleta por parte dos enfermeiros durante a CE (Neves; Melo; Marques, 2020).

Nas necessidades psicológicas, a categoria educação em saúde foi um eixo importante, no que concerne a avaliação do conhecimento da pessoa com DM (letramento em saúde), seus cuidados e tratamento (1, 18, 5, 16, 35, 48, 59, 73). Verificou-se também, a mudança de hábitos de vida (alimentação, atividade física, imunização) (5, 20, 23, 76).

As modificações no estilo de vida, com foco na abordagem personalizada da nutrição e da prática regular de exercícios físicos, têm como objetivo controlar o metabolismo e prevenir complicações. Esse cuidado também engloba a avaliação do comportamento, colocando a pessoa com DM no centro do cuidado, isso requer considerar sua disposição, limitações e recursos (Ramos *et al.*, 2023).

Outra categoria foi a telessaúde (2), com vistas a avaliar a satisfação da pessoa no acompanhamento e seus impactos no controle da doença. Uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados, mostrou o impacto positivo da telessaúde no controle glicêmico em pacientes com DM tipo 2 (Chiaranai *et al.*, 2023).

Outras categorias mencionadas são, cuidados com os pés (16, 18, 53), controle dos parâmetros clínicos (18, 19, 20, 23, 28, 33, 34, 59, 73), prevenção de complicações (20, 26, 35, 39, 78) agudas (hipoglicemia, hiperglicemia) e crônicas (retinopatia, nefropatia, neuropatia); adesão ao tratamento medicamentoso (20, 23, 53, 75).

Nas necessidades psicossociais, avaliou-se a adaptação e enfrentamento (5) da pessoa com DM e o apoio social e familiar recebido (35); e o comportamento de busca de saúde (21, 23, 61, 53, 69, 73) (consultas, grupos educativos, atividades de promoção da saúde).

É importante ressaltar que não há registros nos estudos referentes às necessidades psicoespirituais na última etapa do PE.

Uma subcategoria importante a ser evidenciada na evolução de enfermagem é com relação avaliação integral da qualidade do cuidado à saúde. Esta envolve a análise da qualidade dos registros (23, 24, 39, 48, 57, 72) (completude, clareza, terminologia utilizada); a efetividade da CE (24, 39, 48, 65, 69, 78) (tempo de consulta, relação enfermeiro-paciente, recursos disponíveis); a continuidade do cuidado (23, 32, 53, 61, 69); os recursos e infraestrutura (24,

35); e avaliação da necessidade de treinamento (63) dos enfermeiros em áreas como educação em diabetes e gestão de doenças crônicas.

Diante disso, a avaliação de enfermagem é um processo intencional, sistemático e em constante evolução, destinado a monitorar as mudanças nas respostas das pessoas, famílias ou comunidades diante dos determinantes de saúde. Além de avaliar se os resultados esperados foram alcançados é necessário o ajuste no plano de cuidados e nas intervenções implementadas (Cofen, 2024).

A presente revisão permitiu mapear a CE à pessoa com DM no contexto da APS. Nesta análise, observou-se que a CE é caracterizada de maneira fragmentada e incompleta no PE. Este ponto suscita uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem nas dimensões assistencial, gerencial e educativa.

As necessidades relacionadas as dimensões se manifestam na forma como as ações de cuidado são desenvolvidas e direcionadas as pessoas, suas famílias e a comunidade. É fundamental que tais ações estejam alinhadas não apenas com os princípios filosóficos, éticos e legislativos, mas também com as necessidades das pessoas e com os valores que embasam e norteiam as instituições de saúde, especialmente, os serviços de saúde da APS.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

### 5.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS NO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES *MELLITUS*

Ao longo da história, a Enfermagem passou por transformações significativas até alcançar o reconhecimento como ciência. Nesse percurso, teorias foram elaboradas a partir de métodos científicos, em consonância com o cuidado, a fim de orientar as ações dos enfermeiros na prática assistencial (Dias; David; Vargens, 2016; Santos *et al.*, 2019).

Como em todas as áreas do saber, as bases teóricas na enfermagem desempenham um papel importante na compreensão dos fenômenos reais. No campo da ciência do cuidado, essas bases contribuem para o fortalecimento das práticas em saúde, tornando-as mais congruentes e efetivas às necessidades de saúde das pessoas (Brito *et al.*, 2017). Para tanto, é importante a interrelação entre teoria, prática clínica e pesquisa. Essa tríade deve estar alicerçada em teorias baseadas em evidências científicas, capazes de orientarem as atividades gerenciais e assistenciais dos enfermeiros (Bousoo; Poles; Cruz, 2014; Brandão *et al.*, 2019; Brito *et al.*, 2017).

Ressalta-se que as teorias de enfermagem devem permear todo o processo saúde-doença da pessoa, família e comunidade. Assim, essas teorias precisam ter relevância para o cuidado de saúde, o que possibilitará desenvolver atividades assistenciais de maneira resolutiva, integral e eficiente (Brandão *et al.*, 2019; Brito *et al.*, 2017).

Nessa vertente, as teorias de enfermagem ampliam múltiplos olhares sob uma perspectiva disciplinar, com vistas a construção de melhores práticas, levando em consideração a heterogeneidade do cuidado, o qual possibilita a articulação de ações entre as equipes de saúde (Brandão *et al.*, 2019; Brito *et al.*, 2017).

O estudo de Silva *et al.* (2024) que mapeou as teorias de enfermagem aplicadas no cuidado de pessoas com DCNT, apontou que seu uso na prática favorece a promoção da adesão ao tratamento e ao autocuidado por meio de relações interpessoais fortalecidas pelo enfermeiro.

Atualmente, constata-se uma diversidade de teorias e modelos de enfermagem utilizados como referenciais teóricos, sob a ótica de distintas temáticas e aplicações, tanto na pesquisa como na prática clínica dos enfermeiros, inferindo que as teorias contribuem para a profissão e para a ciência, em diferentes contextos de saúde (Alves *et al.*, 2021; Taffner *et al.*, 2022).

Todavia, estudo de Nascimento *et al.* (2023) evidenciou que a prática de enfermagem na APS é sustentada por modelos teóricos, ainda ocorre de forma incipiente, embora se tenha o

reconhecimento da importância dos referenciais para qualificar o cuidado, orientar intervenções e fortalecer a identidade disciplinar da enfermagem no contexto da APS.

Nesse sentido, umas das teorias de enfermagem mais utilizadas no cuidado às pessoas idosas e aquelas com DCNT, especialmente no DM, é a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) (Alves *et al.*, 2021; Lopes *et al.*, 2022; Nogueira; Nóbrega, 2015; Silva *et al.*, 2021; Taffner *et al.*, 2022).

A TNHB foi desenvolvida na década de 1970, pela teórica brasileira Wanda de Aguiar Horta, a partir da Teoria das Necessidades de Abraham Maslow, também conhecida como Pirâmide de Maslow. É um modelo que descreve a hierarquia das necessidades humanas que propõe que as pessoas são motivadas a satisfazer necessidades básicas antes de buscar necessidades mais complexas. Assim, a TNHB tem como foco propicia ao ser humano um estado de equilíbrio, por meio da atenção às suas Necessidades Básicas de Saúde (NBS), com o uso do PE. Assim, diante de condições ou situações que gerem desequilíbrios no indivíduo, a enfermagem deve ofertar um cuidado sistematizado e qualificado, voltado para essas necessidades, com vistas a restauração/manutenção da saúde (Horta, 1974; Horta, 1979; Horta, 2011).

Nesta concepção, o conceito de necessidades básicas são requisitos fundamentais para o bem-estar humano. Sua definição tem evoluído ao longo do tempo, especialmente nas décadas de 1980 e 1990, sendo amplamente debatida. Percebe-se que muitos veem as necessidades básicas de uma forma ampla, subjetiva e relativa, o que desafia a ideia de que elas possam ser definidas de forma universal e objetiva. As visões objetivas sugerem que as necessidades básicas são as mesmas para todos, independentemente de suas circunstâncias. Por outro lado, há aqueles que defendem que a necessidade básica pode variar com base em situações e perspectivas individuais (Pözlzer; Tomabechi; Hannikainen, 2024).

As NHB são interrelacionadas e dividem-se em três categorias, psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. As psicobiológicas estão relacionadas às necessidades fisiológicas, as psicossociais relacionadas à convivência com outras pessoas, família e comunidade, e às psicoespirituais aos valores e crenças religiosas, éticas ou filosofia de vida (Cubas; Garcia, 2021; Horta, 1979; Horta, 2011).

Sob o olhar da teórica, a enfermagem é ciência e arte, que visa assistir o ser humano em suas Necessidades Básicas de Saúde (NBS), a fim de promover independência sempre que possível, mediante ao ensino do autocuidado, por meio da promoção da saúde em caráter multiprofissional (Horta, 1979; Horta, 2011).

Desse modo, o enfermeiro que se apropria dos constructos teóricos de enfermagem, para aplicação na sua práxis, se difere na construção do raciocínio e do julgamento clínico, propiciando intervenções condizentes às necessidades das pessoas e identificação dos fenômenos inerentes à pessoa na sua individualidade e coletividade. Assim, por meio do arcabouço conceitual acerca dos fenômenos do cuidado, o planejamento da assistência de enfermagem se torna efetivo, fazendo com que essa prática se consolide pelo PE, o qual possibilita dinamismo das ações sistematizadas e sua interrelação (Santos *et al.*, 2019).

Diante do exposto, a TNHB configura-se como um referencial teórico robusto, capaz de fundamentar e orientar os cuidados de enfermagem às pessoas com DM, por meio do PE, possibilitando identificar as NHB em desequilíbrio e propor intervenções congruentes às necessidades dessas pessoas (Souza *et al.*, 2022).

## 5.2 CONSTRUCIONISMO SOCIAL: PERSPECTIVA DIALÓGICA E COLABORATIVA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

O Construcionismo Social é um referencial teórico, predominantemente associado às ciências humanas e sociais, que postula que a realidade e o conhecimento são construídos por meio da interação social e da linguagem, em vez de serem descobertas objetivas de um mundo preexistente, em que existe uma verdade única, estável e universal, acessível através da observação neutra (Berger; Luckmann, 1966).

Embora o Construcionismo Social esteja alicerçado em diferentes correntes filosóficas e sociológicas, ressalta-se que o marco desse referencial é a obra de 1966 dos sociólogos Peter Berger e Thomas Luckmann intitulada “A Construção Social da Realidade”. Eles defenderam que os homens criam e mantem a realidade social em conjunto, e não isoladamente, por meio dos processos dialéticos contínuos de externalização (capacidade do homem de criar, agir e produzir), objetivação (os produtos da externalização humana, tais como os hábitos, as regras se separam de seus criadores e passam a ser percebidos como uma realidade externa) e internalização (processo pelo qual essa realidade social objetiva é reabsorvida pela consciência da pessoa. O mundo externo se torna o nosso mundo interno) (Berger; Luckmann, 1966).

Na década de 80, Kenneth Gergen, no campo da psicologia social, trouxe relevantes contribuições para o Construcionismo social ao postular que os fenômenos psicológicos não são essências internas, mas sim construções discursivas que variam entre culturas e épocas (Gergen, 1985). A sua abordagem concentra-se no papel central da linguagem e das relações na

criação da realidade social e psicológica e o seu foco concentra-se no diálogo entre as pessoas com o objetivo de gerar novas realidades práticas e úteis. São pilares da sua abordagem:

- A. A linguagem é uma ferramenta essencial que o constrói o mundo. Assim, as palavras são ações sociais que organizam experiências, definem relações e estabelecem o que possível pensar e fazer;
- B. A identidade da pessoa se forma e reforma no diálogo com os outros e não uma entidade privada e autônoma;
- C. O conhecimento e a prática são indissociáveis, e portanto, não é algo que se tem, mas algo que se constrói em conjunto.

Embora estudado em campos distintos do conhecimento como o da sociologia, filosofia e psicologia, há convergência entre as áreas ao defender que Construcionismo Social valoriza o diálogo, a negociação e a inclusão de diversas vozes, em vez de buscar impor uma única visão como a correta (Burr, 2015; Gergen, 1985).

Na perspectiva de Gergen (1985), o modo como compreendemos o mundo é ativamente construído e negociado dentro de sociedades, culturas e contextos históricos específicos. Assim, a linguagem e a interação assumem uma ação social relevante que dá forma às nossas relações, constroem o que consideramos real e verdadeiro e são essenciais na construção do Eu.

Gergen e Gergen (2010) defenderam que o conhecimento é construído socialmente, que se dá por meio das interações sociais e oferece a lente epistemológica necessária para a transformação. Essa perspectiva retrata a noção de que não há uma única verdade, mas sim múltiplas verdades coexistindo nos domínios sociais. O exercício é compreender que as verdades são situacionais e surgem através de consensos entre grupos de pessoas em diferentes contextos. Desse modo, para cada expressão de realidade, há um processo de alteridade (Gergen; Mcnamee; Barrett, 2001).

Apesar da intersecção de múltiplos discursos, o Construcionismo Social não se apresenta como uma metanarrativa, mas como um movimento plural, dinâmico, criativo e em constante construção/transformação, constituído por diversas vozes que produzem sentidos e formas de inteligibilidade da realidade social, ou seja, dependentes dos contextos nos quais são produzidas (Fernandes; Nascimento, 2019; Manfrim; Rasesa, 2016).

No Construcionismo Social, os métodos adotados possibilitam a construção de corpus de pesquisa que rompem com o paradigma dominante de fazer ciência, que presume que refletindo a realidade se produz conhecimentos considerados válidos (Gergen, 2014).

No campo da saúde, o Construcionismo Social oferece uma alternativa potente às epistemologias tradicionais, ao propor que o conhecimento sobre o cuidado é cocriado nos

encontros entre profissionais e usuários, no contexto da prática cotidiana (McNamee & Hosking, 2012).

Ademais, fortalece práticas pautadas no princípio da integralidade, o que coaduna aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e também com o HumanizaSUS (Brasil, 2004) ao reconhecer que a construção dos saberes em saúde deve ocorrer em diálogo com os sujeitos envolvidos, com vistas a superar modelos verticalizados da atenção (Mattos, 2009).

Estudos apontaram que o Construcionismo Social possibilita ampliar as práticas em saúde para uma ação coletiva, por meio do contínuo diálogo entre usuários e trabalhadores da saúde (Bossato; Loyola; Oliveira, 2021; Cadoná; Scarparo, 2025; Perondi *et al.*, 2025; Pozzada; Santos; Santos, 2022; Silva et al., 2024; Silva; Ferreira, 2023; Souza; Santos, 2014).

Nesse contexto de crescente expansão de termos e práticas diagnósticas/assistenciais, torna-se necessário fomentar movimentos nas esferas micro e macrossociais que promovam a humanização das práticas de cuidado. A criação de espaços em que os sujeitos possam existir para além dos rótulos diagnósticos e profissionais da saúde embasados no cuidado ético, crítico, sensível e dialógico são fundamentais (Moriá; Rasea, 2024).

Desse modo, apresenta-se como um referencial teórico que afasta a ideia de uma definição única ou estática, ou seja, sem uma homogeneidade, mas com uma prática clínica relacional, reflexiva, dialógica e capaz de produzir, múltiplas possibilidades dentro do contexto social analisado (Fernandes; Nascimento, 2019; Gergen, 1985; Manfrim; Rasera, 2016; Souza; Schultz; Riveros, 2025).

Essa perspectiva nos convida a ampliar o olhar e buscar por uma solução no processo dialógico de inovação e de mudança, razão pela qual se alinha ao referencial metodológico da PCA.

A PCA revela a materialização metodológica ideal para os princípios construcionistas, porque integra de forma indissociável a pesquisa e a prática assistencial, com o objetivo de produzir transformações significativas no contexto em que se insere.

O método da PCA é intrinsecamente dialógico, que consiste não apenas descrever a prática existente, mas para imaginar e construir novas possibilidades. Valoriza a polifonia e a articulação produtiva das diversas perspectivas, tornando o protocolo não um documento prescritivo, mas dinâmico de uma negociação coletiva com práticas profissionais mais democráticas, reflexivas e fundamentalmente humanizadas.

Essa visão tem implicações diretas e transformadoras para a pesquisa e a prática. Ela nos convida a abandonar a postura de observadores neutros para engajar como co-construtores de novas realidades.

### 5.3 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL: FUNDAMENTAÇÃO EPISTEMOLÓGICA E METODOLÓGICA DE TRANSFORMAÇÃO E INOVAÇÃO NA ENFERMAGEM DA PRÁTICA

A idealização do método da PCA iniciou-se em 1989, sendo desenvolvido em 1999 pelas pesquisadoras Mercedes Trentini e Lygia Paim, mediante a necessidade de enfermeiras-pesquisadoras da Universidade Federal de Santa Catarina melhorar a assistência da enfermagem diante da prática clínica diária (Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

É um método caracterizado pela propriedade de fazer a convergência de ações de pesquisa e ações de assistência em saúde, que tem por finalidade elucidar as necessidades, planejar e concretizar mudanças na prática assistencial, especialmente na área da Enfermagem (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 2021; Trentini; Paim; Silva, 2023).

Como pressuposto importante, reconhece-se o profissional de saúde como um potencial pesquisador de sua própria prática cotidiana, o que lhe permite desenvolver uma postura crítica e reflexiva diante das dinâmicas intelectuais presentes no ambiente de trabalho (Trentini; Paim; Silva, 2023).

A PCA revela uma aproximação com crenças do Construtivismo, Construcionismo Social e da Teoria da Complexidade (Trentini; Paim; Silva, 2023).

O Construtivismo parte da premissa de que o conhecimento é construído ativamente pelos sujeitos em sua interação com o ambiente. Ele valoriza, portanto, a prática como fonte legítima de saber, o qual enfatiza um processo de aprendizagem ativo, marcado por transformações e evolução contínua. O Construcionismo Social entende o conhecimento como produto das relações sociais, mediado pela linguagem e situado em contextos históricos e culturais específicos. Tal perspectiva favorece a reflexividade, o diálogo e a horizontalização das relações entre pesquisador e participantes. Por sua vez, a Teoria da Complexidade reconhece que os fenômenos da realidade são interdependentes, imprevisíveis e multifacetados, o que exige flexibilidade, articulação de saberes e abertura ao inesperado (Trentini; Paim; Silva, 2023).

Ressalta-se que a PCA oferece acesso para a construção de concepções teóricas para a sustentação da prática assistencial de Enfermagem. O pilar ontológico que sustenta o enfoque prático da PCA é o Construcionismo Social (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 2021; Trentini; Paim; Silva, 2023).

De acordo com sua fundamentação teórica e critérios de rigor metodológico, a PCA se coloca em consonância aos métodos de pesquisa científica, com vistas a garantir a qualidade na construção do conhecimento científico (Trentini *et al.*, 2021; Trentini; Paim; Silva, 2023).

O projeto de PCA presume dois tipos de enfoques, o prático e o conceitual. O enfoque prático está consolidado na imersão do pesquisador na prática assistencial a fim de manter, durante todo o processo de pesquisa, uma estreita relação com a prática, com vistas a produção de dados de pesquisa que sustentem as mudanças pretendidas. Já o enfoque conceitual visa a produção de conhecimento pelos achados encontrados durante o processo de busca de mudanças na prática assistencial, com vistas a expansibilidade do que foi previamente proposto para a transformação da prática e/ou de produção de inovações (Trentini *et al.*, 2021; Trentini; Paim; Silva, 2023).

A PCA mantém durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação da prática assistencial, com intuito de encontrar soluções, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no cuidado de enfermagem prestado às pessoas nos mais diferentes cenários. Propicia também, que o pesquisador alie o saber e o fazer, convergindo atividades de assistência e produção de pesquisa (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

O conceito de convergência é representado pela justaposição das ações de pesquisa com ações da prática assistencial, suscitando a descoberta de novos fenômenos, capazes de mudar e inovar a prática assistencial em saúde (Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

O construto da convergência é sustentado por conceitos pilares na PCA, sendo estes com propriedades individualizadas e compatibilizadas, são eles:

- Dialogicidade: configura-se como o fundamento da interlocução contínua entre os sujeitos envolvidos no cuidado e o pesquisador, o que orienta uma construção coletiva do conhecimento, baseada no reconhecimento do outro como sujeito do processo de investigação e de transformação da prática. Esse diálogo é horizontalizado, sustentado por uma postura ética e político-pedagógica que rompe com a lógica da pesquisa sobre e se ancora na pesquisa com os sujeitos. Nessa dinâmica, se faz necessária a escuta atenta e sensível, abertura à heterogeneidade de experiências e realidades, bem como o compromisso na coautoria na produção do saber. Na PCA, a dialogicidade é a chave que legitima a pesquisa no espaço assistencial, permitindo o reconhecimento das necessidades reais de saúde, das contradições do cotidiano e das potencialidades transformadoras presentes na prática profissional.
- Imersibilidade: refere-se à imersão ativa e comprometida do pesquisador no campo assistencial, não como observador externo, mas como sujeito implicado que compartilha

experiências, estabelece vínculos e se compromete nos processos vivenciados nos espaços de cuidado. Nessa perspectiva, o pesquisador convive com o cotidiano dos serviços, acompanha os fluxos assistenciais, escuta ativamente profissionais e usuários e se sensibiliza com as dinâmicas e singularidades da prática. Essa imersão não se limita à observação, mas constitui uma vivência concreta e reflexiva que favorece a identificação dos núcleos significativos de investigação que emergem da própria realidade assistencial. A imersibilidade, assim, qualifica o diagnóstico situacional e fortalece as intervenções propostas, o que permite que estas estejam enraizadas nas necessidades reais das pessoas e no contexto do serviço.

- Simultaneidade: caracteriza-se à realização concomitante das ações de pesquisa e das ações assistenciais, em uma relação de mútua interação, sem hierarquização ou sobreposição entre elas. Na PCA, ambas se entrelaçam em um movimento dinâmico e integrado, no qual investigar é também cuidar, e cuidar é também investigar. Essa simultaneidade demanda sensibilidade metodológica para compreender que a produção do conhecimento não ocorre de forma linear ou compartimentalizada, mas em um processo contínuo e articulado com a prática. Assim, cada intervenção assistencial pode representar, simultaneamente, um ato terapêutico e um ato investigativo. Além disso, favorece retroalimentações contínuas, uma vez que os achados parciais da pesquisa podem ser incorporados ao cuidado, ao passo que os efeitos das intervenções alimentam criticamente a investigação, a fim de promover ajustes e aprofundamentos ao longo do percurso.

- Expansibilidade: representa à possibilidade de ampliação do objetivo inicial da pesquisa ao longo do processo investigação, à medida que se aprofunda as interações entre a prática assistencial e a produção do conhecimento. Isso confere flexibilidade epistemológica e metodológica à PCA, o que permite ao pesquisador redefinir focos, objetivos e estratégias conforme as demandas emergentes do campo, desde que em consonância com o propósito original e com os princípios éticos-políticos e teórico-metodológico que fundamentam a abordagem. A expansibilidade expressa, portanto, o compromisso da pesquisa com a realidade e dinâmica dos serviços de saúde, reconhecendo que o envolvimento com os sujeitos e com os contextos pode suscitar novas perguntas, reformulações e caminhos investigativos. Ao acolher essas transformações, o pesquisador amplia o alcance e a potência de sua investigação, o que contribui de forma significativa para mudanças sociais, institucionais e práticas de cuidado (Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

O desenvolvimento da pesquisa ancorado no referencial da PCA (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 2021; Trentini; Paim; Silva, 2023) ocorre mediante as seguintes fases:

concepção, instrumentação, perscrutação e análise, de forma sequencial e interrelacionada, sendo elas:

- **Fase de concepção:** consiste na descrição do objeto/problema, com destaque para introdução do tema, descrição da sua relevância, condensação de referenciais teóricos-metodológicos, revisão de literatura, justificativa para escolha do tema e negociação da proposta. define-se o que será investigado, com a elaboração do problema de pesquisa. Os principais elementos são: questão de pesquisa (questão guia, como instrumento norteador); justificativa (modificação da prática, importância da pesquisa); referencial teórico-metodológico (como metodológico a PCA, e escolha do referencial teórico como suporte para a prática assistencial em harmonia com a PCA); e negociação (consulta as pessoas envolvidas na prática assistencial, resgate da identidade coletiva). As pessoas envolvidas na prática assistencial, ou mesmo pessoas que recebem assistência deverão ser consultadas e o processo precisa ser desde o início e, ao longo do mesmo, tratado de modo coletivo.

- **Fase de instrumentação:** o pesquisador realiza a descrição do cenário da pesquisa (espaço físico); dos participantes (pessoas envolvidas no problema); da negociação concreta da proposta (definição do estudo, formalização e compromisso com os integrantes para concretizar mudanças); e dos instrumentos e técnicas de coleta de dados (sugere-se três grupos de instrumento): 1) Autorrelatos (não estruturados, estruturados e semiestruturados); 2) Observação (estruturadas e não estruturadas); e 3) Medidas biofisiológicas (indicadores objetivos obtidos por meio de exames laboratoriais, avaliações clínicas ou medições fisiológicas). Entre os autorrelatos não estruturados estão as entrevistas (aberta, conversação e/ou semiestruturada), observação (estruturada-instrumentos e não estruturada-observação participante, que pode ser moderada (observar sem participar e participar) e completa (pesquisador pertencente de maneira formal ao grupo que ali atua) e discussão em grupo (grupos de convergência, pesquisa simultânea à prática). Para realização dos grupos de convergência destaca-se a técnica de “Processo dos Quatros Erres”: Reconhecimento (primeiro encontro do grupo, diálogo e coesão do grupo); Revelação (revelam experiências); Repartir (trocas entre o grupo, estabelece condições para tomada de decisão); Repensar (reflexão, construção de novas práticas para à assistência). O ponto importante é com relação ao registro de informações, que visam organizar os dados, e são compreendidos: Notas de observação (declarações dos eventos vivenciados, visão e escuta); Notas teóricas (reflexão, interpretação acerca do observado); Notas metodológicas (reflete o ato operacional, lembrete, crítica da estratégia adotada); Notas de discussão em grupo (relatos de percepções obtidas, acontecimentos, sentimentos, ações); Notas de assistência (relatos de ações/assistência, envolve pesquisador e participante); e Notas

de convergência (relatos das situações quando houve convergência entre a pesquisa e prática assistencial, como um destaque a ser refletido).

- **Fase de Perscrutação:** considerada um momento de maior reflexão sobre os dados que estão sendo obtidos até o processo de sua análise. É considerada uma fase desafiadora, uma vez que pode ser destacada como uma fase específica da PCA ou não específica, uma vez que ela integra tanto a segunda fase (instrumentação) quanto a quarta fase (análise), na qual poderá ser colocada de modo transversal na coleta e na análise dos dados. De qualquer forma, o pesquisador precisa aprofundar os achados da pesquisa, ou seja, requer a aplicação de habilidades para maior profundidade do contexto da investigação a fim de demonstrar toda a sua propriedade para tornar reais as mudanças e inovações.

- **Fase de análise:** última fase do referencial, considerada de alta complexidade. Conforme proposto por Janice Morse, a análise compreende quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência, que ocorrem de maneira mais ou menos sequencial. É importante salientar que ao perscrutar os dados, lacunas podem ser identificadas, sendo necessário retomar a coleta de dados ou esclarecer alguns aspectos para seu aprofundamento. Na apreensão ocorre o resgate dos dados (transcrições, notas) e sua organização, assimilação do conteúdo (de forma sequencial, leituras verticalizadas e transversais) e extração de informações semelhantes que podem resultar em categorizações (expandir, conceituar e transformar dados de maneira analítica, a fim de facilitar o processo), que podem ser de modo indutivo (categorias e nomes construídas a partir dos dados, de maneira livre) e dedutivo (categorias orientadas por teorias ou estrutura teórica). A síntese é iniciada com a junção das categorias elaboradas, sob a ótica de diferentes elementos concretos ou abstratos e a fusão deles em um todo coerente, a fim de construir concepções teóricas que possibilitem a compreensão do fenômeno. A saturação dos dados é fundamental na PCA, pois a partir dela poderá atingir o objetivo do estudo, com vistas a introduzir mudanças e/ou inovações no contexto assistencial. Na teorização, é necessário descobrir valores nas informações obtidas, para a formulação de pressupostos e questionamentos, ou seja, consiste em elevar a um alto nível de abstração as informações para compreender o fenômeno. E por fim, a transferência, que consiste na transferibilidade do conhecimento para a prática assistencial. Entretanto, exige um processo de confrontar junto à literatura os resultados com outros estudos, para que se possa interferir em uma realidade. Ou seja, se faz necessário refletir sobre o local de obtenção dos dados, mas também outros contextos, sob diferentes nuances, com vistas a aplicabilidade do conhecimento novo gerado.

Dessa forma, a PCA favorece a articulação entre pesquisa e prática pelos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, ao viabilizar estratégias voltadas à qualificação da

assistência por meio da introdução de inovações e/ou mudanças nos contextos de cuidado, fundamentadas em conhecimentos técnicos, tecnológicos e científicos (Trentini; Paim; Silva, 2023).

Assim, estudos têm indicado a PCA como um referencial metodológico eficaz na produção de conhecimento aplicado à prática em diferentes contextos da saúde. Com destaque para a articulação entre investigação e cuidado, o que permite mudanças concretas durante o próprio processo de pesquisa. Além disso, favorece a reflexão crítica dos profissionais, promove inovações fundamentadas nas necessidades reais do contexto assistencial e mantém rigor metodológico, sem perder a complexidade e a singularidade do cuidado em enfermagem. Trata-se, portanto, de uma abordagem que fortalece a ciência da prática e potencializa transformações sustentáveis nos serviços de saúde (Alves *et al.*, 2023; Centenaro *et al.*, 2022; Claus *et al.*, 2021; Ferreira *et al.*, 2024; Hoffmann *et al.*, 2025; Júnior *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2024; Souza *et al.*, 2024).

## 6 MÉTODO

Este capítulo apresenta a trajetória metodológica trilhada para a construção do protocolo de CE às pessoas com DM.

### 6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini; Paim; Silva, 2017) como abordagem metodológica e no Construcionismo Social (Gergen, 1985) como referencial teórico.

A etapa de produção de dados foi delineada com base na pesquisa qualitativa, destacando-se a participação coletiva dos enfermeiros da APS do município investigado.

O percurso metodológico foi realizado com o propósito de desenvolver um protocolo voltado às melhores práticas para compor a CE às pessoas com DM no contexto da APS, em um município de pequeno porte localizado no Sul de Minas Gerais.

A elaboração e descrição do estudo foram norteadas pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007), garantindo rigor e transparência metodológica.

### 6.2 TRAJETÓRIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A PCA compreende quatro fases interdependentes e articuladas, que permitem integrar o processo investigativo à prática assistencial em contextos reais de Cuidado. São elas: 1) Fase de concepção; 2) Fase de instrumentação; 3) Fase de perscrutação e 4) Fase de análise (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

#### 6.2.1 Fase de concepção

A primeira fase, considerada como o “cérebro da pesquisa” no referencial da PCA, corresponde ao momento inicial de identificação, delimitação e compreensão do problema a ser investigado (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

Neste estudo, a fase de concepção foi sustentada pela imersão da pesquisadora no contexto da Atenção Básica (AB) de um município do Sul de Minas Gerais, cenário em que se

desenvolveu um estudo avaliativo, tipo análise de implantação, das ações desenvolvidas pela AB para a assistência às pessoas com DM. A proposta de construção de um protocolo de enfermagem voltado ao cuidado à pessoa com DM resultou dos achados da dissertação de mestrado, que evidenciaram um grau de implantação insatisfatório das ações assistenciais, tanto na dimensão político-organizacional quanto na técnico-assistencial. As lacunas identificadas, como a insuficiência na qualificação profissional, a ausência de protocolos, as fragilidades na articulação interprofissional e as dificuldades na regulação do acesso aos serviços especializados, demonstraram a necessidade de desenvolver uma tecnologia orientadora da prática assistencial. Nessa perspectiva, a articulação entre teoria e prática, eixo central da PCA, possibilitou que os resultados do estudo avaliativo subsidiassem a formulação de um novo objeto investigativo, com vistas à proposição de soluções concretas, viáveis e contextualizadas à realidade assistencial da APS (Assunção *et al.*, 2022).

Ademais, para subsidiar essa fase, foi realizada uma revisão de escopo com o objetivo de mapear a produção científica sobre a consulta de enfermagem à pessoa com DM na APS. Essa revisão permitiu identificar os componentes da CE, os instrumentos utilizados e as lacunas na sistematização do cuidado, fornecendo base teórica sólida para o desenvolvimento do presente estudo.

Foi também realizada análise crítica de diretrizes e documentos oficiais relevantes, que embasam a prática da enfermagem na APS, tais como: como a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB (Brasil, 2017), o Caderno da Atenção Básica nº 36 (Brasil, 2013).

É importante destacar que, de acordo com o referencial da PCA, essa fase não é construída exclusivamente pelo pesquisador, mas envolve a negociação com as pessoas da prática, neste caso, os enfermeiros da APS do município estudado, o que assegura a pertinência, aplicabilidade e coerência entre objeto do estudo e a realidade do serviço de saúde (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 2021; Trentini; Paim; Silva, 2023).

Esta fase também está contemplada nos seguintes capítulos desta tese: “Justificativa” (pág. 30), “Objetivo” (pág. 31), “Fundamentação teórica” (pág. 32) “Referencial teórico e metodológico” (pág. 70), os quais consolidam o arcabouço teórico e justificam a relevância e a necessidade do estudo.

É importante destacar que a construção do protocolo de enfermagem está em consonância com as recomendações do Cofen (Brasil, 2018) e do Coren (Pimenta *et al.*, 2015), que reconhecem os protocolos como instrumentos essenciais para a qualificação da assistência, a segurança do paciente e o respaldo legal ao exercício profissional.

## 6.2.2 Fase de instrumentação

Nesta etapa, procedeu-se à definição e organização dos procedimentos metodológicos necessários para a realização da pesquisa. A fase de instrumentação, segundo a PCA, contempla o refinamento da questão de pesquisa do estudo, a descrição do cenário e dos participantes, a seleção das técnicas de coletas de dados e os instrumentos de registro (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

Realizou-se a revisão e reafirmação dos objetivos da pesquisa, de acordo com o problema identificado na prática. Neste processo, realizou-se um alinhamento ético-metodológico com os participantes da pesquisa, por meio de diálogo e formalização do aceite. Nesta etapa ocorreram reuniões entre a pesquisadora principal e as docentes orientadoras, com o intuito de elaborar um modelo preliminar e norteador da CE à pessoa com DM na APS, fundamentado nos achados da fase de concepção.

### 6.2.2.1 Tipo de estudo

O estudo adotou a PCA como referencial metodológico, por sua característica de unir pesquisa e prática assistencial em um movimento dialógico, colaborativo e transformador (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023). A abordagem qualitativa fundamentou a produção de dados, pois permite a compreensão profunda dos fenômenos, significados, experiências, percepções, comportamentos e relações sociais em contextos específicos (Minayo, 2014).

### 6.2.2.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em serviços que integram a APS de um município de pequeno porte, situado na região Sul de Minas Gerais, com população estimada de 13.046 habitantes (IBGE, 2022). O cenário incluiu quatro ESF, duas Equipes de Atenção Primária (eAP) modalidade I e um Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, totalizando a cobertura completa da rede municipal de APS.

A rede municipal de APS tem sua organização assistencial orientada pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017). As ESF são compostas, por equipe mínima, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme preconiza o Ministério da Saúde. As eAPs, modalidade I, são constituídas por

médicos e enfermeiros, preferencialmente especialistas em Saúde da Família, com carga horária mínima de 20 horas semanais, e são responsáveis por uma população adscrita equivalente a 50% da cobertura de uma equipe da ESF (Brasil, 2019).

O Centro de Saúde local atua como Unidade Básica de Saúde, oferta atendimento programado e por demanda espontânea, com serviços de atenção básica e integral, incluindo assistência médica, de enfermagem e odontológica, além da atuação de outros profissionais de nível superior (Brasil, [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm)).

O município foi escolhido por apresentar estrutura representativa da APS, e sobretudo, por constituir o território de vida da pesquisadora principal, onde se identificaram lacunas assistenciais relevantes durante sua pesquisa de mestrado. Soma-se ainda, a inexistência de um protocolo sistematizado voltado à CE à pessoa com DM, o que justificou a construção participativa da proposta objeto desse estudo.

A escolha do cenário foi negociada com a Secretaria Municipal de Saúde, a Coordenação da Atenção Básica e os enfermeiros da rede, conforme preconiza a PCA, que valoriza a construção coletiva e comprometida com a transformação da prática.

O objetivo é que o protocolo, enquanto produto da tese de doutorado, possa ser implementado na prática, a fim de contribuir para a qualificação da assistência e o fortalecimento do cuidado às pessoas com condições crônicas no município, além de atender às exigências do COREN-MG.

#### 6.2.2.3 Negociação da proposta e os participantes do estudo

De acordo com a PCA, os participantes devem estar diretamente envolvidos com o problema investigado, atuando no cenário da prática e sendo corresponsáveis pela mudança (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

A negociação da proposta de pesquisa foi realizada junto à gestão da APS do município, a fim de garantir o alinhamento ético, técnico e operacional necessário para a condução do estudo. A equipe gestora da APS acompanhou o desenvolvimento da proposta e, ao final do processo, analisou a versão final do protocolo de enfermagem, o que contribuiu para sua validação e viabilidade de implementação no município.

Participaram do estudo oito enfermeiros da rede municipal de APS, compreendendo a totalidade dos profissionais da categoria em exercício no município: quatro atuantes em ESF, dois no Centro de Saúde e dois nas eAPs modalidade I.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros em exercício nos serviços de APS do município (ESF, Centro de Saúde e eAPs) e ter atuação direta no cuidado à pessoa com DM. Não foram definidos critérios de exclusão ou de não inclusão, considerando o número reduzido de profissionais enfermeiros e a necessidade da inclusão de todos os profissionais da prática no processo de construção coletiva.

O recrutamento dos participantes foi realizado pela pesquisadora principal, com agendamento prévio por telefone e abordagem presencial. Foram explicitados os objetivos do estudo, o caráter voluntário da participação e os esclarecimentos éticos e metodológicos necessários em conformidade com a Resolução 466/2012 do CNS e os preceitos da PCA.

A escolha dos enfermeiros se justifica pelo objeto de estudo, a construção de protocolo de consulta de enfermagem, e pelo papel estratégico que ocupam na APS, conforme a PNAB (Brasil, 2017), ao realizarem consultas, estratificação de risco, planejamento do cuidado e prescrição conforme protocolos, competências fundamentais à proposição e validação do protocolo.

#### 6.2.2.4 Técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, Grupos de Convergência (GC) e diário de campo, com registro por meio de notas.

De acordo com Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023, os autorrelatos não estruturados englobam entrevistas em formato aberto, por conversação ou semiestruturadas. As entrevistas foram conduzidas de forma individual, com roteiro previamente elaborado (Apêndice B), buscando compreender percepções, desafios e experiências dos enfermeiros com relação à CE à pessoa com DM.

Os GC são indicados pela PCA como espaços de construção coletiva e reflexão crítica entre pesquisador e participantes. Para a condução dos grupos, utilizou-se a técnica do "Processo dos Quatro Erres", composta pelas seguintes etapas: "Reconhecimento", momento inicial de encontro, diálogo e formação de coesão do grupo; "Revelação", em que os participantes compartilham suas experiências; "Repartir", marcada pelas trocas e construção conjunta de condições para a tomada de decisões; e "Repensar", que promove a reflexão crítica e a elaboração de novas práticas assistenciais (Trentini; Paim; Silva, 2023).

Como técnica complementar, utilizou-se o diário de campo durante os encontros, para o registro das informações geradas, por meio das seguintes notas:

- **Notas de Observação (NO):** registram de forma descritiva e detalhada, os aspectos visuais e auditivos percebidos durante os encontros, como o ambiente, as interações, os comportamentos, as falas e as reações dos participantes.
- **Notas teóricas (NT):** consistem em reflexões analíticas da pesquisadora, nas quais são formuladas interpretações, hipóteses e articulações com o referencial teórico que sustenta o estudo.
- **Notas Metodológicas (NM):** referem-se às decisões e adaptações ocorridas no percurso de investigação, com ajustes nos encontros, estratégias adotadas e dificuldades enfrentadas na coleta de dados.
- **Notas de Discussão em Grupo (ND):** registram as reflexões, construções coletivas e posicionamentos emergentes nos GC, incluindo falas significativas, acordos e divergências.
- **Notas de Assistência (NA):** destacam aspectos da prática assistencial observada ou relatada, como condutas de cuidado, intervenções de enfermagem e experiências compartilhadas pelos participantes.
- **Notas de Convergência (NC):** destacam elementos de integração entre prática e pesquisa, evidenciando avanços no processo de construção coletiva, mudanças na compreensão dos participantes e definições relevantes para o protocolo em desenvolvimento.

Esses registros permitiram capturar dimensões contextuais, reflexivas, metodológicas e assistenciais presentes nos encontros, ampliando a compreensão do fenômeno investigado. Ao articular observações diretas, interpretações teóricas, decisões metodológicas, conteúdos produzidos nos grupos e elementos da prática de cuidado, as notas contribuíram significativamente para a análise dos dados e para a construção compartilhada do protocolo assistencial de enfermagem, em consonância com os princípios da PCA.

#### 6.2.2.5 Reuniões entre equipe de pesquisa

As reuniões entre a pesquisadora principal e as orientadoras tiveram como objetivo integrar os achados da revisão de escopo, dos materiais norteadores e entrevistas, subsidiando a construção de elementos essenciais norteadores para a construção do protocolo de CE à pessoa com DM na APS. Essa proposta foi estruturada com base nas necessidades identificadas na prática e fundamentado em referenciais teóricos, normativos e classificatórios pertinentes.

Além das reuniões com a equipe de pesquisa, os enfermeiros participaram ativamente da construção da proposta preliminar do protocolo. Nos GC foram apresentados esboços conceituais e estruturais do protocolo, fundamentados nos dados das entrevistas e da revisão de

escopo, o que permitiu aos enfermeiros, apontar sugestões, lacunas e validar os elementos propostos. Essa participação garantiu a discussão de realidades distintas do perfil das pessoas das áreas adscritas às ESF e ao Centro de Saúde, maior aderência à realidade do cuidado cotidiano na APS, respeitando o princípio da coletividade e da dialogicidade prática-reflexiva que caracteriza a PCA (Trentini; Paim; Silva, 2023).

Assim, o modelo preliminar do protocolo foi co-construído a partir da articulação entre os achados da produção científica, a experiência prática dos profissionais e os referenciais normativos, teóricos e classificatórios, o que fortalece o compromisso com a transformação da prática e com a aplicabilidade real da proposta no cenário de atuação.

### **6.2.3 Fase de perscrutação**

A PCA permite a articulação de diferentes métodos, estratégias e técnicas, oriundos da própria prática assistencial, com o objetivo de convertê-los em resultados de pesquisa (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini *et al.*, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

O princípio da imersibilidade pressupõe o envolvimento ativo do pesquisador no cenário da prática assistencial, inserindo-se como parte integrante desse contexto com o propósito de promover transformações. Nesse processo, a coleta de dados ocorre simultaneamente ao desenvolvimento das atividades de cuidado, tornando as ações de pesquisa e de assistência interdependentes e complementares (Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

O cenário desta investigação, a rede APS de um município do Sul do estado de Minas Gerais, já havia sido campo de pesquisa do mestrado da enfermeira-pesquisadora, o que favoreceu uma inserção ainda mais qualificada e alinhada aos pressupostos da PCA, devido ao conhecimento prévio do serviço, das rotinas assistenciais e dos profissionais envolvidos. O vínculo com os participantes contribuiu para imersão e participação ativa e proativa dos enfermeiros.

Assim, a enfermeira-pesquisadora principal manteve-se inserida nas rotinas e no ambiente dos participantes, vivenciando e interagindo no contexto assistencial. A coleta de dados foi realizada durante as práticas cotidianas, por meio de entrevistas semiestruturadas, GC e diário de campo, por meio de notas. O Quadro 3 indica a fase de perscrutação realizada no presente estudo.

Quadro 3 - Componentes e aplicações da fase de perscrutação segundo a PCA. Alfenas, MG, Brasil, 2025.

<b>Componentes da fase</b>	<b>Descrição/Aplicação no estudo</b>
<b>Princípio norteador</b>	Imersibilidade (envolvimento ativo da enfermeira-pesquisadora no campo, como integrante do cotidiano assistencial).
<b>Técnicas utilizadas</b>	Entrevistas semiestruturadas; GC e diário de campo (com uso de notas segundo a PCA).
<b>Instrumentos de registro</b>	Notas de Observação (NO), Notas Teóricas (NT), Notas Metodológicas (NM), Notas de Assistência (NA), Notas de Discussão em Grupo (ND) e Notas de Convergência (NC).
<b>Ambiente de coleta</b>	Locais de trabalho dos participantes para entrevistas e espaços privativos para os GC.
<b>Participantes</b>	Enfermeiros da APS (ESF, eAPs e Centros de Saúde), com média de seis por GC e a coordenação da atenção básica.
<b>Base teórica e documental de apoio</b>	Dados da revisão de escopo; Diretrizes do Ministério da Saúde; SBD; Recomendações para construção de protocolos do Cofen e Coren; Protocolos municipais e estaduais; TNHB e CIPE® versão 2019–2020.
<b>Objetivos centrais dos GC</b>	Estimular reflexão crítica; discutir modelo inicial do protocolo; e propor ajustes com base na realidade prática.
<b>Aspectos éticos</b>	TCLE assinado; sigilo e anonimato assegurados; consentimento para gravação de voz; e igualdade de fala e liberdade de expressão.
<b>Resultado da fase</b>	Saturação teórica atingida no terceiro GC, com consolidação do conteúdo para formulação do Protocolo de Consulta de Enfermagem à Pessoa com DM na APS

Fonte: Autores (2025).

#### 6.2.3.1 Entrevistas com os enfermeiros

A produção de dados incluiu entrevistas individuais com os enfermeiros, utilizando-se de um roteiro semiestruturado previamente elaborado pela autora (Apêndice B), conforme recomendado PCA, que reconhece os autorrelatos, em especial as entrevistas semiestruturadas como técnicas adequadas para apreender a complexidade da prática assistencial (Trentini; Paim; Silva, 2004; 2014; Trentini *et al.*, 2021).

Foram realizadas no período de fevereiro e março de 2024, de forma presencial e individual, em ambiente privativo, no próprio local de trabalho dos participantes, respeitando sua disponibilidade e rotina assistencial. Essa estratégia buscou favorecer a imersibilidade do pesquisador no campo, a fim de promover um ambiente de confiança e diálogo, conforme os princípios metodológicos da PCA. A flexibilidade na condução permitiu a exploração de temas

emergentes, pertinentes à realidade local e relevantes para a construção do protocolo de consulta de enfermagem à pessoa com DM.

A condução das entrevistas foi realizada pela pesquisadora, que possui experiência prévia em estudos qualitativos, o que assegurou escuta qualificada, sensibilidade analítica e fidelidade metodológica durante o processo. Cada entrevista ocorreu em um único encontro, com duração média de 30 minutos e a pesquisadora principal já conhecia os participantes. Os registros foram realizados com o consentimento dos participantes, mediante gravação em dispositivos eletrônicos com função de gravação de áudio (*Apple® iPhone 13 Pro e iPad Pro®*), garantindo qualidade e segurança na captação dos dados.

As entrevistas abordaram aspectos relacionados à prática profissional dos enfermeiros e às potencialidades de melhoria na consulta de enfermagem às pessoas com DM, considerando os diferentes cenários da APS (ESF, eAPs e Centro de Saúde). Em conformidade com a abordagem metodológica adotada, os dados não retornaram aos participantes, sendo analisados no conjunto da imersão no campo e articulados com outras técnicas, como os Grupos de Convergência, respeitando o princípio da simultaneidade entre prática e pesquisa característica da PCA.

#### 6.2.3.2 Grupos de convergência

A técnica de GC, adotada neste estudo, possibilitou integrar, de forma simultânea, a prática assistencial e a produção científica, o que promoveu a construção coletiva do conhecimento e a proposição de transformação na realidade vivenciada (Trentini; Gonçalves, 2000).

A realização dos GC foi sustentada por dados obtidos previamente levantados na revisão de escopo, descrita na “fundamentação teórica” (pág. 32) e pelas entrevistas com os enfermeiros. Também foram utilizados, documentos técnico-normativos e científicos relevantes, como a PNAB (Brasil, 2017); Caderno de AB em DM nº 36 (Brasil, 2013); Manual do Pé Diabético (Brasil, 2016); *IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease* (IWGDF, 2023); Diretrizes da SBD (SBD, 2023); e-book da SBD- Consulta de enfermagem no acompanhamento das pessoas com DM2 na APS (Souza *et al.*, 2022); bem como Protocolos de Enfermagem elaborados por diferentes SMS dos municípios brasileiros; Guia para Construção de Protocolos do Coren-SP (Pimenta *et al.*, 2015) e Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na APS pelos Conselhos Regionais (Brasil, 2018.) Como referenciais teóricos e classificatórios foram adotados a TNHB (Cubas;

Garcia, 2021; Horta, 1979; Horta, 2011) e a taxonomia CIPE® versão 2019-2020 (Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020).

Foram realizados três encontros de GC, que constituíram espaços de diálogo entre as pesquisadoras e os enfermeiros participantes, com o objetivo de fomentar a imersão crítica no processo investigativo e promover a construção coletiva do protocolo de CE à pessoa com DM. Os encontros ocorreram de forma presencial, em ambiente privativo e previamente agendado, respeitando a disponibilidade de local, data e tempo dos participantes. Em média, cada GC contou com a presença de seis enfermeiros da APS e três pesquisadoras (uma coordenadora e duas auxiliares).

O principal objetivo dos grupos foi estimular a reflexão crítica dos profissionais, ancorada em suas vivências assistenciais, em articulação com os dados preliminares da pesquisa e com as evidências científicas disponíveis. As discussões foram norteadas pelas seguintes questões: “Qual a contribuição que os enfermeiros atribuem ao protocolo para a CE às pessoas com DM?” e “O que deve ser contemplado no protocolo de CE às pessoas com DM no município em estudo?”

No primeiro GC foi apresentado aos participantes um modelo inicial e estruturante do protocolo de CE à pessoa com DM, estruturado previamente a partir das etapas anteriores da pesquisa. Esse modelo que será descrito no capítulo 7 de resultados (pág. 103), serviu como referência para discussão, análise crítica, reflexão coletiva e proposições de aprimoramento do instrumento pelos profissionais, com vistas à padronização das condutas, a promoção da resolutividade, a segurança e a integralidade no cuidado prestado às pessoas com DM.

**A- 1º Grupo de Convergência:** realizado em 23/05/2025, com duração de 2h, este primeiro encontro teve como foco a apresentação inicial do modelo inicial e estruturante de protocolo. Foram discutidos os componentes da primeira etapa do Processo de Enfermagem-Histórico de Enfermagem, organizados conforme a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (Horta, 1979), distribuídos nos seguintes domínios: Domínio I- Necessidades Psicobiológicas: identificação e anamnese; Domínio II- Necessidades Psicossociais: aspectos psicossociais; Domínio III- Necessidades Psicoespirituais: aspectos culturais e espirituais; e Domínio IV - Conhecimento, percepção e necessidades relacionadas ao diabetes.

**B- 2º Grupo de Convergência:** ocorreu no dia 30/05/2025, com duração de 3h. Neste encontro, aprofundou-se a discussão sobre o Histórico de Enfermagem, abordando o Domínio V- Avaliação clínica sistematizada das necessidades de saúde, com ênfase no exame físico. Em seguida, foram discutidas as demais etapas do Processo de Enfermagem: Segunda etapa- Diagnósticos de Enfermagem: definidos com base na CIPE® versão 2019-2020; Terceira etapa-

Planejamento de Enfermagem: estruturado de acordo com Teoria das Necessidades Humanas Básicas, com os diagnósticos de enfermagem identificados, os resultados esperados e as intervenções correspondentes; Quarta etapa- Implementação de Enfermagem: discussão e análise da viabilidade prática das intervenções propostas; Quinta etapa- Evolução de Enfermagem: envolveu a definição dos indicadores de resultado para o monitoramento/acompanhamento da pessoa com DM e seu controle clínico.

**C- 3º Grupo de Convergência:** o último GC foi realizado em 04/07/2025, com duração de 3h, e teve caráter de validação. O protocolo, já construído nas etapas anteriores, foi enviado previamente por e-mail aos participantes com dez dias de antecedência, permitindo leitura prévia. Durante o encontro, foram promovidas discussões críticas, acolhidas sugestões e implementadas alterações no conteúdo, possibilitando a validação coletiva e finalização do protocolo.

A condução dos GC foi realizada pela pesquisadora principal, que assumiu o papel de coordenadora/mediadora do processo dialógico, com o objetivo de favorecer um ambiente acolhedor, horizontal e participativo, conforme os pressupostos da PCA. O estímulo, envolvimento e a corresponsabilidade dos enfermeiros nas decisões foram pontos da mediação. Os auxiliares de pesquisa, sendo duas pesquisadoras com experiência na temática no referencial metodológico e na coleta de dados em GC estavam cientes das atribuições específicas durante os encontros. A atuação colaborativa foi importante para assegurar a qualidade da produção dos dados e o alinhamento aos princípios da imersão, dialogicidade e simultaneidade entre pesquisa e prática.

Em todos os GC, o início foi marcado pela retomada do objetivo central da investigação e pela reafirmação dos princípios éticos da pesquisa, incluindo o compromisso com o sigilo dos relatos compartilhados, o respeito às diferentes opiniões e vivências, a liberdade de expressão e a garantia de igualdade de fala entre todos os participantes. Como forma de acolhimento e bem-estar, foi disponibilizada uma mesa com lanche em todos os encontros.

Os registros dos GC foram realizados em diário de campo, utilizando-se dos instrumentos metodológicos próprios da PCA, tais como Notas de Observação (NO), Notas teóricas (NT), Notas Metodológicas (NM), Notas de Discussão em Grupo (ND), Notas de Assistência (NA), e Notas de Convergência (NC) (Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023). Esses registros permitiram a preservação da riqueza das interações, das percepções e do conteúdo gerado, além de consolidar o vínculo entre a prática assistencial e a produção científica.

A saturação teórica dos dados (Fontanella *et al.*, 2011), aspecto fundamental da PCA por indicar o momento de consolidação das contribuições para a transformação da prática (Trentini; Paim; Silva, 2014), foi alcançada ao final do terceiro GC. Observou-se, nesse momento, a recorrência e a estabilidade das informações sobre os elementos que deveriam compor o protocolo de CE à pessoa com DM na APS.

A convergência das contribuições dos participantes, de forma coletiva, fundamentada em suas experiências, na reflexão crítica e no diálogo com os referenciais normativos e científicos, permitiu a consolidação do principal produto da tese: o “Protocolo de consulta de enfermagem à pessoa com diabetes *mellitus* na atenção primária à saúde”, conforme descrito no Capítulo 7, subitem 7.1.6 (pág. 200).

#### **6.2.4 Fase de análise**

A fase de análise foi conduzida conforme os pressupostos da PCA, que propõe a produção e análise dos dados de forma simultânea e dialógica, acompanhando a imersão progressiva da pesquisadora no campo (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023). Assim, à medida que os dados eram produzidos, iniciou-se também sua análise, respeitando o princípio da interdependência entre prática e investigação.

Para esse processo analítico, foram utilizados múltiplos materiais provenientes de diferentes etapas da pesquisa: resultados da revisão de escopo, documentos normativos das políticas públicas sobre o cuidado e a CE à pessoa com DM na APS (âmbitos federal, estadual e municipal), transcrições das entrevistas, registros dos Grupos de Convergência e anotações sistemáticas do diário de campo.

A organização e análise ocorreram de forma sequencial e articulada, conforme o referencial metodológico da PCA, seguindo os processos propostos por Janice Morse: apreensão, síntese, teorização e transferência (Trentini; Paim; Silva, 2014; 2017; 2023). Este processo permitiu integrar diferentes fontes de evidência com a prática assistencial, garantindo profundidade analítica, coerência teórica e aderência ao contexto real investigado.

##### **6.2.4.1 Processo de Apreensão**

Na fase de apreensão, os dados foram sistematicamente resgatados, organizados e assimilados a partir de diferentes fontes como, revisão de escopo, transcrições das entrevistas com enfermeiros, materiais normativos e científicos, registros dos GC e anotações do diário de

campo, através das notas. A leitura e a análise ocorreram de forma vertical, horizontal e transversal, o que favoreceu a imersão progressiva do pesquisador no conteúdo, identificação de sentidos, regularidades e padrões emergentes, bem como a construção de significados compartilhados com os participantes.

A análise foi conduzida com base em estratégias dedutivas e indutivas. Inicialmente, a estrutura do modelo preliminar/norteador do protocolo foi organizada em domínios interrelacionados, psicobiológicos, psicossociais, psicoespirituais, clínicos e de conhecimento/percepção, fundamentados em referenciais teóricos da TNHB e taxonomia CIPE®. As categorias resultantes nessa etapa subsidiaram os GC, sendo apresentadas por meio de quadros organizadores, que nortearam a construção colaborativa do protocolo, permitindo ajustes/adequações e aprofundamentos durante os encontros. A sistematização dessa etapa é apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 - Síntese da fase de apreensão: fontes de dados, procedimentos na apreensão, categorias e uso na estruturação do protocolo. Alfenas, MG, Brasil, 2025.

<b>Fonte de Dados</b>	<b>Procedimento na Apreensão</b>	<b>Categorias Identificadas</b>	<b>Uso na Estruturação do Protocolo</b>
<b>Revisão de escopo</b>	Extração e categorização por etapas do Processo de Enfermagem	Avaliação; Diagnóstico; Planejamento; Implementação; Evolução.	Base teórica para estrutura das seções da consulta.
<b>Entrevistas com enfermeiros</b>	Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, categorização e interpretação (codificação temática)	CE à pessoa com DM: o gap entre o real e o ideal; Processo de Enfermagem: conhecimento, desafios e potencialidades; Registro da CE: realidades e entraves; Protocolo de CE: necessidades comprometidas e ações resolutivas.	Definição dos domínios da consulta, reconhecimento da realidade local e validação prática dos elementos do protocolo.
<b>Materiais normativos e técnicos</b>	Análise de conteúdo orientada por objetivo assistencial	Diretrizes, recomendações e boas práticas nacionais e internacionais.	Subsidiar as perguntas, itens e ações.
<b>Taxonomia CIPE® e TNHB</b>	Mapeamento de termos e conceitos para estrutura	Linguagem padronizada e necessidades humanas básicas.	Classificação dos diagnósticos de enfermagem, intervenções planejadas e implementadas.
<b>GC</b>	Sistematização das falas coletivas,	Avaliação das necessidades de cuidado;	Construção e validação coletiva e

	seleção e validação participativa dos conteúdos, com base nos quatro R's (Reconhecimento, Revelação, Repartir, Repensar); uso do diário de campo, por meio das notas	Validação da CE ideal à pessoa com DM; Escolha compartilhada dos diagnósticos de enfermagem da CIPE® e intervenções; Elaboração colaborativa das ações/intervenções; Adaptação/adequações da estrutura do protocolo à realidade prática local; Propostas resolutivas com base na prática e na teoria.	participativa do protocolo; Ajustes das ações e linguagem conforme a realidade dos serviços; Integração das necessidades identificadas às práticas recomendadas e à experiência profissional dos enfermeiros.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Autores (2025).

### *Revisão de escopo*

Os dados provenientes da revisão de escopo foram organizados e assimilados de forma sistemática, permitindo a pesquisadora identificar informações relevantes para a construção do protocolo de CE à pessoa com Diabetes *mellitus* na APS.

Esse processo permitiu a extração de conteúdos com potencial analítico, os quais foram categorizados de forma dedutiva, com base nas etapas do Processo de Enfermagem: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. As categorias resultantes subsidiaram as discussões nos GC e para a estruturação preliminar do protocolo. A descrição detalhada dessa revisão encontra-se na seção de “fundamentação científica” (pág. 32).

### *Materiais orientadores para análise e discussão nos Grupos de Convergência*

Com o objetivo de subsidiar as análises, discussões e construções teóricas e práticas nos GC, foram selecionados documentos normativos, diretrizes técnicas e referenciais teóricos relevantes à temática. Essa busca foi realizada em bases de dados científicas, sites oficiais disponíveis, e a seleção ocorreu de forma intencional e crítica-reflexiva, respeitando os pressupostos da PCA que reconhece o pesquisador como agente ativo na produção do conhecimento.

Entre os materiais utilizados destacam-se: a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017); o Caderno da Atenção Básica nº 36 - Diabetes *Mellitus* (Brasil, 2013); o Manual do Pé Diabético (Brasil, 2016); *IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease* (IWGDF, 2023); as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD,

2023); e o e-book da SBD sobre consulta de enfermagem no acompanhamento das pessoas com DM2 na APS (Souza et al., 2022).

Além disso, foram analisados protocolos municipais de enfermagem provenientes de diferentes regiões do Brasil. Também foram considerados o Guia para Construção de Protocolos do Coren-SP (Pimenta *et al.*, 2015) e as Diretrizes Nacionais para elaboração de protocolos de enfermagem na APS (Brasil, 2018).

A categorização e a estruturação do conteúdo do protocolo foram fundamentadas na TNH (Horta, 1979; 2011) e na Taxonomia CIPE® versão 2019-2020 (Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020), que orientaram a definição dos eixos norteadores da proposta.

### *Entrevistas*

Nesta fase de apreensão, conforme preconiza a PCA, iniciou-se o processo de organização, imersão e assimilação dos dados qualitativos, produzidos a partir das entrevistas com os enfermeiros da APS. Essa etapa, guiada pela escuta sensível e pela inserção reflexiva da pesquisadora no campo, permitiu a sistematização preliminar dos conteúdos, o que favoreceu a construção progressiva do conhecimento e a preparação para sua integração com os demais achados do estudo.

A organização e a análise seguiram os princípios da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), sendo estruturada a partir da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, categorização e interpretação. Ela consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações com vistas a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitiram a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Adotou-se o referencial metodológico de Bardin para análise das entrevistas de forma interpretativa, buscando os significados e as construções, o que se alinha a coerência ontológica e epistemológica do construcionismo social, por entender que a realidade é construída socialmente e o conhecimento é relacional e interpretativo e com a PCA, tendo em vista que se busca uma construção coletiva do conhecimento para a aplicação prática.

Na pré-análise, os dados foram organizados e sistematizados, por meio de leitura flutuante e exploratória, o que possibilitou a familiarização com o conteúdo e à seleção dos trechos mais pertinentes ao objetivo da pesquisa. A organização textual foi feita com o auxílio do editor de texto Microsoft Word®.

Na fase de exploração do material, procedeu-se à análise detalhada dos dados, com a codificação e categorização do conteúdo textual. Os dados brutos foram transformados em unidades significativas, palavras, expressões, frases e acontecimentos, que constituíram as unidades de registro. A partir dessas unidades, os conteúdos foram agrupados em temas centrais, de forma a dar sentido analítico ao *corpus*.

Por fim, na etapa de tratamento, categorização e interpretação dos resultados obtidos, foram realizadas leituras sucessivas, os dados foram refinados nas categorias temáticas e definição dos eixos de análise. As falas foram interpretadas com base nos referenciais teóricos adotados no estudo e confrontadas com a literatura científica pertinente, permitindo aprofundar a compreensão do fenômeno investigado. Esse processo viabilizou a articulação entre a prática relatada pelos participantes e os fundamentos da PCA. Ao final, foram construídos quatro temas, que expressam de forma significativa as necessidades e experiências dos participantes em relação à CE à pessoa com DM na APS.

Como estratégia de apoio, adotou-se a técnica cromática, com a atribuição de cores específica a cada tema, o que favoreceu a organização visual e o agrupamento entre os códigos e respectivos conteúdos. A descrição detalhada dessa abordagem qualitativa encontra-se na seção de Resultados, subitem 7.1.3 (pág. 109). Os quatro temas estão apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 - Eixos temáticos construídos no processo de apreensão e sua relação com os códigos do estudo sobre consulta de enfermagem à pessoa com DM na APS. Alfenas, MG, Brasil, 2025.

<b>Eixos temáticos</b>	<b>Técnica cromática</b>	<b>Códigos</b>
Tema I- CE à pessoa com DM: o gap entre o real e o ideal	Azul	Concepção dos enfermeiros sobre a CE; Percepção da CE como cuidado integral; Falta de padronização nas unidades; Enfraquecimento da prática clínica da CE; Propostas para a CE ideal.
Tema II- PE: conhecimento, desafios e potencialidades	Verde	Compreensão conceitual sobre o PE; Barreiras à implementação do PE; Reconhecimento da importância do PE para o cuidado; Falta de sistematização nas ações.
Tema III- Registro da CE: realidades e entraves	Laranja	Métodos de registro utilizados; Dificuldades estruturais e tecnológicas; Reconhecimento da importância dos registros para continuidade do cuidado.
Tema IV- Protocolo de CE: necessidades comprometidas e ações resolutivas	Amarelo	Elementos essenciais à CE: alimentação, autocuidado, medicamentos, complicações; Escuta qualificada e multidisciplinaridade; Adaptação do protocolo à realidade local;

		Condições sociais e econômicas como determinantes no cuidado.
--	--	---------------------------------------------------------------

Fonte: Autores (2025).

### *Grupos de convergência*

Nos GC, a apreensão ocorreu de maneira dialógica, crítica e participativa, respeitando o processo de construção coletiva do saber.

Os encontros dos GC foram realizados em horários e locais definidos de forma consensual com os enfermeiros participantes, de modo a garantir sua adesão e participação ativa. Durante os encontros, a pesquisadora facilitou a discussão com base nos “4 R’s” (Reconhecimento, Revelação, Repartir e Repensar), conforme propostos pela PCA, os quais favoreceram o engajamento dos participantes na análise da prática, a identificação das necessidades e a formulação de propostas inovadoras, por meio de um debate reflexivo e construção coletiva do conhecimento (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

No processo de apreensão, foram realizados registros sistemáticos no diário de campo, por meio de diferentes notas, o que permitiu acompanhar o processo de sistematização das falas, seleção dos conteúdos mais relevantes e validação participativa. Esse processo possibilitou identificar padrões, divergências e consensos emergentes nos diálogos estabelecidos nos encontros, permitindo a identificação de unidades de significado, palavras-chave e eixos temáticos centrais para a construção coletiva do modelo preliminar do protocolo. Esses achados serão descritos de forma aprofundada na seção de “Resultados” (pág. 103), deste estudo.

Dez dias antes do último GC, uma versão preliminar do protocolo foi enviada por e-mail aos participantes, acompanhada de orientações para leitura crítica e reflexiva. Foram solicitadas sugestões e alterações voltadas à análise da estrutura, linguagem, viabilidade, validação e consolidação do protocolo assistencial, visando assegurar sua coerência com as necessidades locais de saúde e fortalecer sua legitimidade prática

Essa construção reafirma o caráter dinâmico, participativo, contextualizado e transformador da PCA, ao articular teoria e prática com a escuta qualificada dos profissionais da APS, resultando em uma tecnologia leve-dura com sentido real e prático para os profissionais da APS e para cuidado à população com DM.

#### 6.2.4.2 Processo de Síntese

A síntese caracteriza-se pela integração das categorias elaboradas, por meio da articulação de elementos concretos e abstratos oriundos da prática assistencial e da reflexão teórica, com o objetivo de construir concepções que revelem a compreensão do fenômeno estudado de forma coerente e contextualizada (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

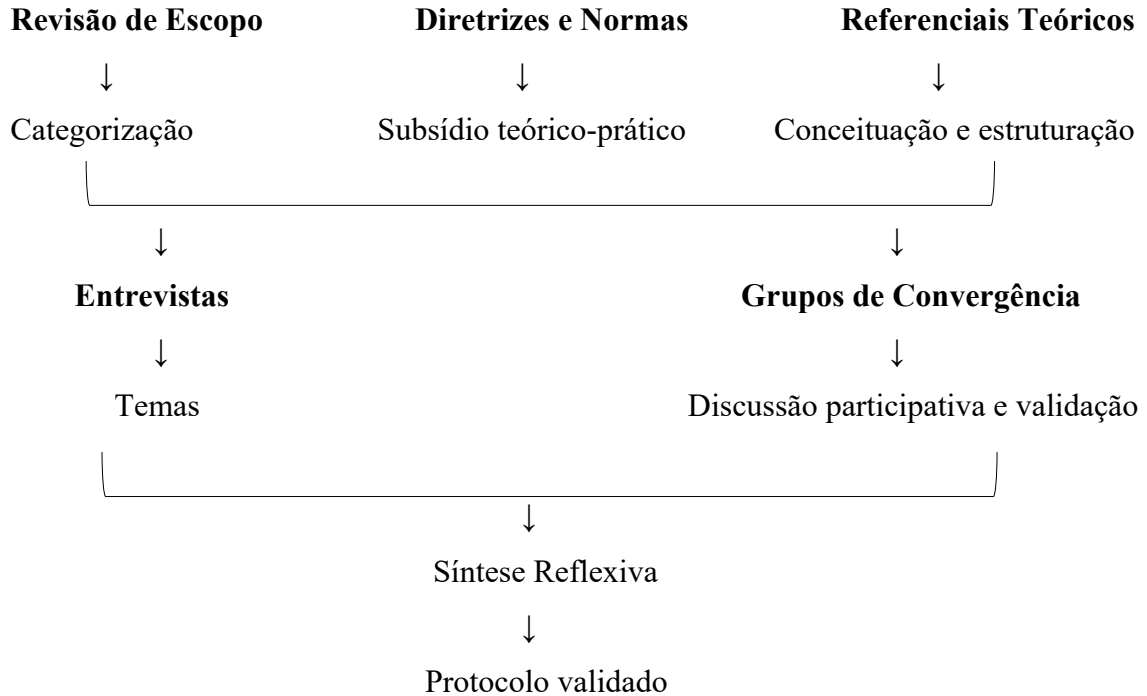
O processo teve início com a convergência dos dados provenientes da revisão de escopo, dos documentos normativos, diretrizes e referenciais teóricos pertinentes à temática, das entrevistas com os enfermeiros participantes, dos encontros dos GC e das notas realizadas em diário de campo. A integração desses dados possibilitou uma análise crítica e reflexiva conduzida pela pesquisadora, a partir da qual foram identificadas recorrências, correspondências de sentido, relações conceituais e convergência entre saberes teóricos e práticos.

Esse exercício interpretativo envolveu a identificação e comparação entre conteúdos, a reorganização das informações com base em semelhanças, coerência de significados e relações conceituais. Assim, foram formados agrupamentos temáticos mais amplos, que sintetizaram as contribuições dos participantes e fontes, expressando os elementos fundamentais para a construção do conhecimento e fundamentando a estruturação do protocolo.

A síntese permitiu a apreensão dos dados mais significativos, destacando aspectos fundamentais da realidade assistencial estudada. Os resultados contribuíram para a construção de um saber teórico-prático consistente, em consonância com os princípios da PCA, e subsidiaram diretamente a versão validada do protocolo.

A integração entre as diferentes fontes de dados e momentos do processo está representada na Figura 8, que ilustra o percurso metodológico da síntese e sua contribuição para a consolidação do protocolo.

Figura 8 - Integração das fontes de dados na fase de síntese para construção do conhecimento. Alfenas, MG, Brasil, 2025



Fonte: Autores (2025).

#### 6.2.4.3 Processo de Teorização

Na teorização, a pesquisadora realizou um aprofundamento analítico, reflexivo e interpretativo dos dados produzidos ao longo do estudo, com o objetivo de identificar valores, significados e relações subjacentes ao fenômeno investigado. Esse processo permitiu a formulação de pressupostos e questionamentos críticos que ampliaram a compreensão da prática assistencial no contexto da CE à pessoa com DM na APS. Assim, a teorização possibilitou a construção de um conhecimento contextualizado, fundamentado e coerente, a articulação entre teoria e prática, conforme preconizado pela PCA (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

A teorização envolveu a articulação entre elementos concretos da realidade assistencial e os aportes teóricos extraídos da revisão de escopo da análise de documentos normativos, diretrizes técnicas e referenciais teóricos, das entrevistas com enfermeiros da APS, dos encontros dos GC e das notas registradas em diário de campo. A análise integrada dessas múltiplas fontes permitiu identificar pontos de convergências, tensões, lacunas e possibilidades de aprofundamento no cuidado à pessoa com DM no município.

Esse movimento dialógico e crítico favoreceu a formulação de pressupostos interpretativos e a proposição de questões que extrapolam os dados empíricos, conferindo densidade teórica à compreensão do fenômeno. A prática profissional foi, assim, ressignificada à luz dos referenciais adotados, o que evidenciou os desafios, potencialidades e necessidades que permeiam a construção de um cuidado qualificado, sistematizado e centrado nas necessidades singulares das pessoas.

Durante os GC, os participantes protagonizaram discussões colaborativas e fundamentadas, nas quais foram avaliadas e validadas as etapas e componentes do protocolo, com base nos achados das fases anteriores da pesquisa. Essa construção coletiva, validada e teoricamente sustentada, reforçou o compromisso com a aplicabilidade e a pertinência prática do protocolo desenvolvido.

Dessa forma, o processo de teorização consolidou-se como uma etapa central e estruturante do processo analítico, ao promover a articulação dialética entre as múltiplas fontes de dados e a prática vivenciada pelos participantes. O resultado foi a elaboração de um protocolo coerente com os princípios da enfermagem, diretrizes e, sobretudo, com as necessidades de saúde das pessoas com DM no contexto investigado.

#### 6.2.4.4 Processo de Transferência

A transferência refere-se à transposição do conhecimento produzido para a prática assistencial, o qual marca o momento em que os resultados da pesquisa deixam o campo da elaboração teórica para gerar impacto concreto na realidade dos serviços de saúde. Esse processo exige a análise crítica dos achados à luz da literatura científica e de outros estudos, o que permite ampliar sua aplicabilidade e reconhece sua pertinência em diferentes cenários (Trentini; Paim; Silva, 2014; Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini; Paim; Silva, 2023).

Nesta pesquisa, a transferência foi realizada pelos participantes ao manifestarem a viabilidade de implementação do protocolo de CE à pessoa com DM no contexto da APS. A construção coletiva do protocolo, fundamentada em evidências científicas, documentos normativos, referenciais teóricos e experiências dos profissionais, confere-lhe consistência metodológica e legitimidade prática.

O protocolo ao ser validado pelos próprios profissionais que o implementarão, adquire relevância concreta, o que promove a sistematização do cuidado, fortalece o PE e a integralidade da atenção à pessoa com DM. Sua estrutura permite contemplar as necessidades

biopsicossociais e espirituais das pessoas, alinhando-se aos princípios da APS e ao modelo de cuidado centrado na pessoa.

Portanto, a transferência se configura como uma contribuição efetiva à prática profissional e ao SUS, ao disponibilizar uma tecnologia leve-dura construída de forma participativa, crítica e reflexiva, em consonância aos fundamentos do Construcionismo Social e da PCA e com o compromisso ético-político da profissão com o cuidado em saúde.

### 6.3 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi conduzida de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 71618023.5.0000.5142 (Anexo A).

A participação das pessoas foi precedida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em conformidade com os dispositivos éticos vigentes. O documento foi entregue em duas vias, sendo uma destinada ao participante e a outra sob a responsabilidade da pesquisadora. O TCLE apresentou, de maneira clara e acessível, os objetivos da pesquisa, os procedimentos adotados, os riscos e benefícios potenciais, bem como as garantias de anonimato, sigilo e liberdade para desistência em qualquer etapa do estudo, sem prejuízo aos participantes.

Com o intuito de preservar a identidade dos sujeitos, foram adotados códigos alfanuméricos compostos pela sigla "Enf.", referente à categoria profissional dos participantes, seguida por um número sequencial conforme a ordem de inclusão na pesquisa (por exemplo, Enf. 01, Enf. 02, etc.). Todas as informações obtidas foram tratadas de forma sigilosa, com acesso restrito à pesquisadora responsável.

Ressalta-se que, após a concordância em participar do estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo entregue uma via ao participante e retida a outra pela pesquisadora, conforme as exigências éticas vigentes.

Adicionalmente, atendendo aos princípios estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, foi solicitado o consentimento específico para a gravação de voz durante as entrevistas. Esse procedimento tem como finalidade assegurar a fidedignidade na transcrição dos relatos e a confiabilidade da análise qualitativa dos dados.

Os procedimentos éticos adotados em todas as etapas deste estudo asseguraram a proteção dos direitos e da dignidade dos participantes, o que reafirma o compromisso da pesquisa com os fundamentos éticos da ciência e com a responsabilidade social na produção do conhecimento.

## 7 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos a partir da trajetória investigativa desenvolvida com base na PCA, uma vez que a proposta metodológica pressupõe a articulação entre prática assistencial e produção científica, com vistas à transformação da realidade do cuidado.

Os achados que compõem esta etapa da tese resultaram da integração entre evidências científicas, diretrizes normativas e o saber experiencial dos enfermeiros da APS, mobilizados no processo de construção participativa de um protocolo assistencial voltado à CE às pessoas com DM. A apresentação dos resultados está organizada em seis subitens interdependentes.

No **subitem 7.1.1** apresenta-se a **revisão de escopo** que, embora esteja integrada à fundamentação teórica deste estudo, destaca-se também como um resultado significativo. Conforme os pressupostos da PCA, o conhecimento científico não é apenas referencial, mas elemento dinâmico que dialoga diretamente com a prática, o que contribui para a construção coletiva do cuidado. Assim, além de sustentar o referencial teórico, os achados da revisão constituíram uma base fundamental para a elaboração, validação e aprimoramento das etapas subsequentes da pesquisa, especialmente no desenvolvimento do protocolo assistencial. Dessa forma, a revisão de escopo desempenha um papel estratégico duplo: atua como alicerce conceitual e, simultaneamente, como resultado preliminar que informa e direciona a condução metodológica, o que garante a coerência, a relevância e a efetividade do cuidado proposto na APS, em consonância com a natureza participativa, reflexiva e transformadora da PCA. Ela permitiu mapear a produção científica sobre a CE à pessoa com DM na APS, que identificou avanços, fragilidades e lacunas em relação à implementação do PE, uso de protocolos e integralidade do cuidado.

Em continuidade ao processo de construção teórico-prática, o **subitem 7.1.2** apresenta os **referenciais normativos, técnico-científicos e teóricos** que fundamentaram tanto a elaboração do protocolo assistencial quanto a condução dos GC.

A utilização desses materiais norteadores não se restringiu ao suporte conceitual. Conforme preconiza o referencial PCA, eles foram incorporados como elementos ativos na construção do conhecimento, favorecendo a articulação entre teoria e prática e orientando de forma crítica e participativa, as proposições formuladas coletivamente.

A seleção dos materiais ocorreu de forma intencional, criteriosa, crítica e fundamentada, incluindo diretrizes oficiais, manuais clínicos, consensos científicos atualizados, protocolos

municipais e referenciais teóricos da enfermagem. Estes possibilitaram ancorar as discussões nos princípios do SUS, nas normativas da APS e nas especificidades do processo de trabalho do enfermeiro.

O **subitem 7.1.3** apresenta os achados da análise das **entrevistas semiestruturadas** realizadas com enfermeiros atuantes na APS, interpretadas à luz da Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Foram construídos quatro temas que expressam experiências, práticas, desafios e possibilidades relacionados à CE à pessoa com DM.

O **subitem 7.1.4** descreve o processo de **elaboração da proposta inicial do protocolo**, foi construída a partir dos resultados da revisão de escopo, dos referenciais normativos e teóricos, da análise das entrevistas com enfermeiros e das discussões entre a equipe de pesquisa. Essa versão preliminar buscou traduzir as necessidades e desafios da prática assistencial, orientando-se pelos princípios de integralidade, resolutividade e humanização do cuidado. A proposta forneceu base diretiva para a etapa subsequente de construção participativa e validação nos Grupos de Convergência, conforme os pressupostos da PCA.

No **subitem 7.1.5** ocorreu a **construção participativa do protocolo com enfermeiros nos grupos de convergência** por meio elaboração coletiva e participativa dos enfermeiros em três GC, fundamentados na PCA e na TNHB. Esses encontros promoveram o diálogo horizontal entre enfermeiros da APS e a equipe de pesquisa, articulando evidências científicas, prática clínica e saberes profissionais. A partir da análise crítica do modelo preliminar, os participantes contribuíram para definir o conteúdo, a aplicabilidade e a resolutividade do instrumento, o que resultou em um protocolo estruturado nas cinco etapas do Processo de Enfermagem, organizado segundo os domínios psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais. A saturação teórica foi alcançada no terceiro grupo, consolidando a versão final do Protocolo de Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes *Mellitus* na APS.

E por fim o subitem **7.1.6 “Protocolo de consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde”**: produto final da pesquisa, apresenta o resultado do processo participativo de construção e validação conduzido nesta pesquisa. O documento integra conhecimentos científicos, normativos e experienciais, consolidando-se como uma tecnologia leve-dura aplicável à realidade local. Trata-se de um documento de caráter normativo-assistencial, destinado a orientar as CE à pessoa com DM em todos os serviços da APS do município, promovendo uniformidade, qualidade e fortalecimento da prática clínica. Para a sua apresentação, utilizou-se linguagem clara e objetiva, com design gráfico funcional.

Desse modo, os resultados a seguir, não se restringem à descrição de fenômenos, mas buscam revelar sentidos, intencionalidades e possibilidades de qualificação da CE à pessoa com DM na APS, constituindo-se como base para a formulação de um instrumento clínico-estratégico, sensível às necessidades das pessoas com DM e ao contexto dos serviços de saúde da APS do município de pesquisa.

## 7.1 CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM

### 7.1.1 Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo

Os resultados completos da revisão de escopo encontram-se descritos de forma detalhada na fundamentação teórica deste estudo assim, recomenda-se a consulta ao item “Fundamentação Teórica”, subitem 4.7 “Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes *mellitus* no contexto da atenção primária à saúde: revisão de escopo” (pág. 47) para a análise aprofundada dos dados. Contudo, neste subitem, serão destacados de maneira sintética os achados considerados mais relevantes para o desenvolvimento da pesquisa.

A revisão de escopo foi realizada com o objetivo de mapear a literatura disponível acerca da CE à pessoa com DM no âmbito da APS, com base nos princípios metodológicos do JBI. Esse processo permitiu identificar a amplitude e profundidade da produção científica sobre o tema, o que evidenciou tendências, lacunas e contribuições relevantes para o aprimoramento da prática assistencial e para a qualificação do cuidado voltado às necessidades das pessoas e dos serviços de saúde.

Os estudos incluídos abrangeram diferentes contextos geográficos, institucionais e metodológicos, o que evidenciou a diversidade de estratégias utilizadas na consulta de enfermagem, bem como os desafios enfrentados para sua efetivação como prática sistematizada, integral e centrada na pessoa.

Os resultados contribuíram de forma decisiva para a etapa qualitativa da pesquisa e para a construção do protocolo assistencial, ao fornecerem subsídios teóricos e empíricos fundamentais para a definição dos conteúdos e elementos estruturantes da CE, elaborada coletivamente com base das diretrizes da APS e nos princípios da TNHB.

A seguir, apresenta-se o Quadro 6, síntese com os principais achados temáticos da revisão de escopo e suas respectivas contribuições para o protocolo assistencial. Os achados orientaram a definição dos componentes importantes da consulta, o que assegurou a

consonância com as evidências científicas, os pressupostos da APS, os referenciais teóricos da enfermagem e os princípios da PCA, que valoriza a construção compartilhada do conhecimento a partir da prática profissional.

Quadro 6 - Síntese dos achados da revisão de escopo e sua contribuição para construção do protocolo. Alfenas, MG, 2025.

<b>Eixo temático</b>	<b>Síntese do achado</b>	<b>Contribuição para o protocolo assistencial</b>
<b>Diversidade de práticas na CE</b>	Variações nos enfoques e metodologias utilizadas entre os serviços de saúde.	Fundamentou a construção de um modelo padronizado, flexível e adaptável ao município.
<b>Enfoque centrado na pessoa e no autocuidado</b>	Destaque no acolhimento, vínculo, escuta qualificada e promoção da autonomia.	Direcionou a inclusão de intervenções centradas nas necessidades singulares da pessoa com DM.
<b>Lacunas na sistematização do processo de cuidado</b>	Ausência de protocolos formais e rotinas estruturadas.	Justificou a construção de um protocolo sistematizado e aplicável na prática clínica da APS, com base nas necessidades do território.
<b>Educação em saúde como estratégia central</b>	Valorização da prática educativa contínua e contextualizada.	Fundamentou a incorporação de ações educativas planejadas, com foco no autocuidado e no empoderamento.
<b>Integração interprofissional e articulação com a rede</b>	Importância da articulação com a equipe multiprofissional e outros níveis de atenção.	Sustentou diretrizes que promovem o cuidado compartilhado e a continuidade da atenção em rede.
<b>Aplicação do PE</b>	Predomínio da aplicação parcial do PE; baixa adesão às cinco etapas da SAE.	Indicou a necessidade de instrumentos e capacitação para a implementação completa e qualificada do PE.
<b>Fragilidades na documentação do cuidado</b>	Registros incompletos e inconsistentes limitam o acompanhamento longitudinal do cuidado.	Levou à proposição de ferramentas que favoreçam o registro sistematizado e qualificado das ações de enfermagem.
<b>Uso de teorias de enfermagem</b>	Escassez do uso de teorias como base para a prática; destaque para a TNHB no Brasil.	Direcionou a adoção da TNHB como referencial teórico do protocolo, fortalecendo o raciocínio clínico.
<b>Linguagem padronizada</b>	Uso incipiente de sistemas de linguagem padronizada, inclusive a CIPE®, principalmente em estudos de construção de protocolos.	Motivou a incorporação da CIPE® como linguagem sistematizada, favorecendo a comunicação e avaliação de desfechos.
<b>Protocolos de enfermagem para o cuidado em DM</b>	Pouca produção científica internacional; destaque para experiências brasileiras locais	Reforçou a importância da construção e validação de protocolos contextualizados à realidade da APS brasileira.

<b>Dimensão educativa da CE</b>	Intervenções educativas genéricas e não sistematizadas	Incentivou a estruturação de ações educativas contínuas e integradas à consulta.
<b>Fragilidades e lacunas na prática</b>	CE centrada no profissional, foco biomédico e baixa integração multiprofissional.	Reorientou a CE para um modelo centrado na pessoa, integral e multiprofissional, alinhado às diretrizes da APS.
<b>Itens da CE baseados na TNHB</b>	Avaliação das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.	Proporcionou uma abordagem integral e humanizada, com definição de intervenções coerentes com o grau de dependência.

Fonte: Autores (2025).

### 7.1.2 Referenciais normativos e teóricos que fundamentaram os grupos de convergência e a elaboração do protocolo

Como parte dos resultados do processo de construção teórico-prática, destaca-se a seleção e utilização de materiais norteadores que subsidiaram a análise crítica, o diálogo coletivo e a formulação de proposições assistenciais pertinentes à CE à pessoa com DM na APS.

A seleção dos documentos ocorreu de forma intencional, crítica e fundamentada, contemplando diretrizes oficiais, literatura técnico-científica atualizada e referenciais teóricos da enfermagem. Essa seleção as quais possibilitou ancorar as discussões nos princípios e normativas que regem o cuidado em saúde no Brasil, bem como nas especificidades da prática profissional do enfermeiro na APS.

Como suporte conceitual para a categorização dos conteúdos para a estruturação do protocolo assistencial e para discussão nos GC, adotou-se dois referenciais principais: a TNHB (Horta, 1979; 2011) e a CIPE®, versão 2019/2020 (Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020). Esses marcos teórico-conceituais permitiram sustentar o raciocínio clínico e a utilização da linguagem padronizada na construção dos elementos que compõem a CE no protocolo proposto.

Assim, o processo de seleção, análise e apropriação crítica-reflexiva dos materiais norteadores, em articulação com a experiência dos profissionais nos GC, constituíram um dos resultados centrais deste estudo, pois orientaram diretamente as definições estruturais, conceituais e operacionais do protocolo assistencial para a pessoa com DM na APS (Quadro 7).

Quadro 7 - Materiais norteadores utilizados nas contribuições para o protocolo e para os grupos de convergência. Alfenas, MG, 2025.

<b>Material consultado</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Contribuição para o protocolo assistencial</b>
<b>Política Nacional de Atenção Básica</b>	Diretriz normativa	Fundamentação da CE alinhada aos princípios da APS: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação.
<b>Caderno da Atenção Básica nº 36- Diabetes Mellitus</b>	Documento técnico-assistencial/Manual clínico	Subsídios clínicos e assistenciais para a abordagem integral do DM na APS.
<b>Manual do Pé Diabético</b>	Protocolo clínico-normativo/ Guia técnico	Base para avaliação sistemática dos pés e estratificação de risco de complicações.
<b>Diretrizes IWGDF para avaliação e manejo do pé diabético</b>	Diretriz clínica internacional/ Consenso baseado em evidências	Referencial atualizado para a avaliação sistemática do pé diabético, prevenção e manejo das complicações.
<b>Diretrizes da SBD</b>	Diretriz clínica/ Consenso clínico	Atualização de condutas baseadas em evidências para o cuidado à pessoa com DM.
<b>E-book SBD: Consulta de Enfermagem à pessoa com DM2 na APS</b>	Manual de prática profissional/ Recurso técnico-pedagógico	Referência prática específica para enfermeiros na APS; fundamentação para definição dos conteúdos da CE.
<b>Protocolos municipais de enfermagem</b>	Protocolos assistenciais locais/ Instrumentos normativos regionais	Identificação de experiências exitosas, lacunas e elementos replicáveis no contexto do protocolo proposto
<b>Diretrizes nacionais para elaboração de protocolos de enfermagem na APS</b>	Diretriz metodológica/ Regulamentação técnica nacional	Orientação metodológica para a elaboração do protocolo, com respaldo institucional e técnico.
<b>Guia para Construção de Protocolos Assistenciais-Coren-SP</b>	Manual metodológico/ Documento técnico-institucional	Instrumentalização para a organização lógica, clínica e normativa do protocolo de enfermagem.
<b>TNHB</b>	Referencial teórico de enfermagem	Fundamentação para o raciocínio clínico, categorização das necessidades e planejamento de intervenções de enfermagem.
<b>CIPE® 2019/2020</b>	Sistema de linguagem padronizada/ Taxonomia de enfermagem	Subsídio para formulação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem com linguagem estruturada e padronizada.

Fonte: Autores (2025).

### **7.1.3 Consulta de Enfermagem à pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde: análise da prática**

Dos oito enfermeiros atuantes nos serviços de APS do município (ESF, CS e eAP-modalidade I) constatou-se que as idades variaram entre 23 e 46 anos, com média de 37,5 anos, e a maioria era do sexo feminino (n=6), e dois do sexo masculino.

O tempo de formação em enfermagem apresentou variação, entre cinco meses e 17 anos, sendo que seis participantes tinham mais de 10 anos de formados. Quanto à formação complementar, seis enfermeiros (75%) declararam possuir pós-graduação lato sensu, com ênfases diversas: Saúde Pública, Saúde da Família, Gestão em Saúde Pública, Saúde da Mulher, Gestão Pública, Estratégia Saúde da Família e Enfermagem Hospitalar com ênfase em Oncologia; dois profissionais não possuíam pós-graduação no momento da entrevista.

O tempo de atuação na unidade de saúde atual variou entre de um mês a 12 anos. Três participantes estavam há menos de um ano na unidade, enquanto os demais possuíam entre 4 e 12 anos de experiência no serviço atual, o que aponta para uma composição mista de profissionais recém-inseridos e outros com trajetória consolidada na APS local.

Essa diversidade de perfis entre os participantes, considerando tempo de formação, experiência prática e áreas de especialização, contribuiu para uma compreensão ampliada sobre os desafios, potencialidades e estratégias relacionadas à CE à pessoa com DM na APS.

A partir da análise dos dados das entrevistas, foram construídos quatro temas que refletem a prática assistencial dos enfermeiros no cuidado às pessoas com DM na rede de APS do município.

#### **Tema 1- Consulta de Enfermagem à pessoa com DM na APS: o gap entre o real e o ideal**

Nesta categoria, evidenciou-se uma lacuna significativa entre o que os enfermeiros reconhecem como CE ideal e o que, de fato, se realiza no cotidiano dos serviços. Apesar de ser considerada fundamental para o cuidado integral à pessoa com DM na APS, a CE é percebida como prática ainda fragmentada, incipiente e não padronizada, impactada por barreiras estruturais, organizacionais e culturais. Foram identificadas três subtemas: “As necessidades e a importância da CE”; “A CE na prática cotidiana” e “A CE ideal”, discorridas a seguir.

*As necessidades e a importância da CE*

Os participantes reconheceram a importância da CE, como uma tecnologia leve fundamental para o cuidado integral, com potencial de promover acolhimento, vínculo, escuta qualificada e abordagens ampliadas no acompanhamento da pessoa com DM. Além de fortalecer o protagonismo do enfermeiro na APS, a CE é percebida como complementar ao cuidado médico, a fim de promover maior humanização e resolutividade.

"Sim, ela é essencial. Eu acho que, às vezes, nós, como enfermeiros, temos mais abertura que com o médico." (Enf. 07)

"Eu acho importante a consulta de enfermagem, tanto dos diabéticos quanto dos hipertensos." (Enf. 01)

"Eu acredito que tem que ser sim, porque eu acho que a população tem muita visão do médico como uma pessoa que resolve tudo." (Enf. 08)

"Sim, é fundamental para a assistência ao paciente, até pra complementar." (Enf. 05)

"Sim, a consulta de enfermagem favorece a própria interação do profissional com o cliente, saber quais são os anseios da sociedade e da clientela e poder, de alguma forma, ajudar eles." (Enf. 04)

"Sim, a consulta de enfermagem vai contribuir muito na parte clínica do paciente." (Enf. 03)

"Eu acho importante principalmente para valorizar o trabalho do enfermeiro." (Enf. 02)

### *A CE na prática cotidiana*

Apesar da compreensão sobre a relevância da CE, os relatos apontaram para dificuldades concretas para sua efetividade nos serviços de APS. A prática aparece como pontual, superficial ou inexistente, prejudicada pela sobrecarga de trabalho, falta de espaço físico, baixa adesão das pessoas, ausência de institucionalização da consulta e fragilidade no reconhecimento do papel do enfermeiro.

"Então no momento a gente não faz a consulta, eu acho que deveria fazer. Só que desde que eu cheguei, ninguém aqui faz, então não tem uma aceitação tanto dos pacientes quanto dos outros profissionais." (Enf. 01)

"Então, atualmente a gente não realiza como deveria realizar, bem superficial o atendimento." (Enf. 02)

"No geral, nem sempre a gente consegue realizar, por conta de espaço físico, não ter a sala ou a demanda da unidade, muitos médicos no mesmo horário." (Enf. 05)

"Ah, eu cheguei aqui há pouco tempo, mas a consulta aqui antes deu chegar, eu fiquei sabendo, não vi, mas que era um médico que atendia a população. O enfermeiro aqui, ele fazia mais o atendimento à gestante." (Enf. 08)

"Muito fraca. Porque a população não tem tanta aderência nisso." (Enf. 04)

"Infelizmente, eu deixo a desejar sabe, tanto por falta de recursos técnicos e da prática mesmo, porque às vezes a gente é muito automático, acaba fazendo isso muito informal." (Enf. 07)

### *A CE ideal*

Os participantes ao refletirem sobre o que compreendem como uma CE ideal, enfatizaram a necessidade de uma CE estruturada, periódica e individualizada, que considere o contexto sociocultural e as necessidades específicas de cada pessoa com DM. Foram mencionados elementos fundamentais para compor a mesma: alimentação, atividade física, autocuidado, controle glicêmico, avaliação do pé diabético, uso correto de medicamentos, identificação de complicações e comorbidades. A consulta ideal também pressupõe a utilização de formatos inovadores, consultas agendadas, tempo adequado e apoio multiprofissional e maior autonomia do enfermeiro no processo assistencial.

"Olha, eu acho que tem que ter um conhecimento bem amplo, eu acho que envolve muito a questão da nutrição, tanto da fisioterapia também, que eu acho que a gente tem que ter essa multidisciplinar." (Enf. 07)

"Eu acho que ela teria que ser feita de seis em seis meses intercalando com as consultas médicas, né. Pra gente fazer mais um acompanhamento mesmo, né!" (Enf. 01)

"Aqui eu não sei se a gente conseguiria implantar por ser um centro de especialidades, né? Os pacientes não têm esse... não vem com uma certa frequência igual é no PSF." (Enf. 05)

"Eu acho que uma consulta de enfermagem em si a gente deveria ter mais tempo pra fazer ela. Só que é tanta coisa gerencial que você acaba fazendo no dia a dia, mas você não tem tanto tempo com o paciente." (Enf. 08)

"Eu acho que o paciente geralmente vem na unidade pra olhar a glicemia. Aí eu o convidaria pra minha sala, eu abordaria a idade dele, peso, se faz uso de medicamentos, a quanto tempo ele descobriu que é diabético, ou ele é um pré-diabético." (Enf. 03)

"Eu acho que poderia ser feita em um horário pré-estabelecida, porque a gente tem alguns horários de pico aqui que não comporta, sabe? Então, teria que ser uns dias de menor fluxo, num horário agendado." (Enf. 02)

Esse tema evidencia a disparidade entre o reconhecimento teórico da importância da CE e sua concretização no cotidiano dos serviços. Os relatos revelam que os enfermeiros compreendem a CE como um recurso fundamental para o cuidado à pessoa com DM na APS, mas enfrentam múltiplas barreiras que limitam sua efetividade. Ao mesmo tempo, os discursos expressam um desejo coletivo por mudanças, sinalizando possibilidades para qualificação do processo de trabalho e institucionalização da CE como prática sistematizada, resolutiva e centrada nas necessidades de saúde das pessoas com DM.

## **Tema 2- Processo de Enfermagem: conhecimento e implementação**

Esse tema aborda como os enfermeiros compreendem o PE, uma vez que reconhecem sua relevância para o cuidado qualificado, mas também identificam os desafios enfrentados para sua implementação na prática cotidiana. A análise revelou três subtemas: “Conhecimento sobre o PE”, “Barreiras para a implementação do PE” e “Importância do PE”.

### *Conhecimento sobre o PE*

Os participantes demonstraram conhecimento conceitual sobre o PE, descrevendo-o como uma ferramenta importante para a organização do cuidado, a identificação das necessidades de saúde, a sistematização das ações e a qualificação da prática profissional. Foram mencionadas as etapas do PE, a integralidade da avaliação clínica e a importância de um plano de cuidado individualizado e estruturado.

"Processo de enfermagem... seria abordar aquelas cinco fases. De coleta de dados, avaliação, não vou lembrar de todas agora. Mas o processo seria avaliar o paciente em todas as fases e montar um plano de ação para esse paciente em cima do que ele precisa." (Enf. 01)

"Como a gente aprendeu, a SAE, sistematização do sistema de enfermagem ela é o guarda-chuva, é o que rege tudo. O processo de enfermagem é uma gradinha desse guarda-chuva." (Enf. 08)

"O processo de enfermagem é a gente conseguir avaliar o paciente como um todo, conseguir detectar nele aquilo que precisa ser tratado. Então é um processo que a gente vai identificar a pessoa, identificar a patologia, identificar o que o paciente precisa pra ser tratado. O que a gente precisa entender do paciente, o que ele precisa ver, o que a gente precisa ver nele pra gente conseguir ver a solução pra aquilo que ele apresenta para nós." (Enf. 06)

"Uma forma sistematizada de atender o paciente, de saber a sua necessidade e a partir de ali estabelecer quais são os diagnósticos de enfermagem, quais são as intervenções que a gente pode implantar para que tenha uma resolução daquele problema que a gente diagnosticou." (Enf. 02)

"Processo de enfermagem eu entendo que é uma coisa complexa, você vai colocar o indivíduo e ver todo ele, toda a questão, tanto individual, como coletivo, quanto familiar." (Enf. 07)

"É o levantamento das informações da saúde do paciente para entender o histórico." (Enf. 05)

"Eu acho que vejo, tanto a parte de organização, uma parte de produção de materiais que serão utilizados, condutas de avaliação, reavaliação." (Enf. 04)

### *Barreiras para a implementação do PE*

Os enfermeiros relataram dificuldades para a efetiva implementação do PE no cotidiano da APS. Os principais obstáculos apontados incluem: sobrecarga de atividades assistenciais e administrativas, falta de tempo, escassez de recursos, inexistência de sistematização nas consultas e fragilidade dos registros clínicos. Essas barreiras resultam em práticas fragmentadas, muitas vezes conduzidas de forma intuitiva e sem respaldo documental.

"Eu vejo que a enfermagem é muito informal, assim, a gente faz, mas não coloca no papel, não... Fica muito ali num bate-papo mesmo, numa coisa mais corriqueira."  
(Enf. 07)

"Hoje em dia aqui, a gente não consegue fazer muita coisa, devido a falta de tempo" (Enf. 05)

"Cada paciente, a gente lida de uma forma, então a gente não consegue muito bem, assim, colocar todo o mundo no mesmo eixo e trabalhar todo mundo padronizado."  
(Enf. 04)

"Na minha unidade, eu pretendo colocar ele em prática, porque eu vejo que assim que não tem, sabe? Mas é porque também muitos pacientes procuram pouco a unidade, procuram mais pra consulta com o médico."  
(Enf. 03)

### *Importância do PE*

Mesmo com as limitações vivenciadas, os enfermeiros atribuíram ao PE um papel estratégico na organização do processo de trabalho, na qualificação da assistência e na valorização da profissão. O PE é visto como um norteador das ações de enfermagem, com potencial para promover a individualidade e acompanhamento do cuidado e garantir maior resolutividade clínica.

"Ele pode me dar ferramentas de trabalho, tendo esse processo de enfermagem. Pra eu trabalhar melhor cada paciente individualmente." (Enf. 03)

"Ah, ele é importante para a gente nortear as ações de enfermagem, o que a gente vai fazer né, pra trilhar um caminho mesmo, né?" (Enf. 01)

"Ele é um suporte tanto pra gente entender o que aconteceu e o que pode acontecer com o paciente. Ele é um norte pra nós." (Enf. 07)

"Eu acho que o que uma pessoa te traz é muito rico. Talvez a pessoa tá falando e você nem tá prestando atenção, mas tem um detalhe ali que vai fazer com que você consiga resolver esse caso." (Enf. 08)

"A gente avalia o ser humano como um todo, a todo momento. Ele ajuda compreender o ser humano e eu acho que enfermeira, tem que saber muito sobre o ser humano, né." (Enf. 06)

"Ele é essencial, fundamental na vida do paciente. Ainda mais que a gente vê que o paciente entra na consulta e sai prescrita a medicação e nada de orientação na consulta médica." (Enf. 05)

Esse tema revela que, embora os enfermeiros demonstrem compreensão conceitual e valorização do PE, sua efetividade ainda encontra entraves importantes na realidade dos serviços de APS. As falas apontam para a necessidade de condições estruturais e organizacionais adequadas, assim como de fortalecimento institucional da SAE, para que o PE deixe de ser um ideal teórico e se torne uma prática sistematizada e reconhecida como central no cuidado à pessoa com DM.

### **Tema 3- Registro da CE: possibilidades e dificuldades**

A informatização e a sistematização do registro da CE são reconhecidas como elementos estratégicos para a continuidade do cuidado, a comunicação entre os profissionais e a produção de dados relevantes à gestão e à avaliação em saúde. No entanto, sua efetividade ainda enfrenta desafios na prática dos serviços da APS. Esta categoria compreende três subtemas: "Métodos de registro da CE", "Dificuldades no registro da CE" e "Importância do registro da CE".

#### *Métodos de Registro da CE*

Os enfermeiros relataram utilizar diferentes formatos de registro da consulta, variando entre prontuário físico, Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e formulários específicos da unidade. A escolha do método depende da infraestrutura disponível, da informatização da unidade e das condições locais de trabalho.

"Registro no PEC, no prontuário eletrônico." (Enf. 01)

"Antes, quando eu entrei, a gente tem um registro no sistema. Só que demorou bastante pra liberar o meu, o meu liberou ontem. Então, assim, os registros eu fiz todos no prontuário manual." (Enf. 08)

"Elas são realizadas no prontuário. Hoje é misto tanto o prontuário eletrônico como o físico. Mas infelizmente estamos mais no físico." (Enf. 07)

"Então, a gente tem um formulário que a gente anota as consultas no mês de enfermagem." (Enf. 03)

"Tudo pelo prontuário eletrônico. Todo o lançamento é feito por lá." (Enf. 04)

"Então, as que eu faço eu lanço no prontuário eletrônico, as que eu faço esporádico, sabe?" (Enf. 02)

"Eu registro no PEC. A gente tá dando um jeito de exterminar com prontuário físico que a gente não tem onde guardar." (Enf. 06)

### *Dificuldades no registro da CE*

Apesar da diversidade de métodos, os participantes evidenciaram dificuldades estruturais e operacionais para o registro adequado da CE. Entre os principais obstáculos destacam-se: infraestrutura inadequada, acesso limitado a internet e equipamentos, prontuários eletrônicos inoperantes ou incompletos e a duplicidade entre registros físicos e eletrônicos, o que compromete a agilidade, segurança da informação e padronização dos dados.

"Ainda tem, porque a gente imprime a folha do PEC e coloca no físico até para guardar como documento. Caso o PEC esteja fora do ar no dia, a gente usa o prontuário físico também." (Enf. 01)

"Mas infelizmente eu ainda estou físico, não consegui implantar ele no prontuário eletrônico, não tenho acesso

a uma internet de qualidade e agora que chegou um novo computador" (Enf. 07)

"Eu aqui lanço físico, mas aí quando eu repasso pra coordenação, eu acho que é lançado em sistema!" (Enf. 03)

"Aqui de todos os prontuários de atendimento, é prontuário físico." (Enf. 02)

### *Importância do registro da CE*

Mesmo diante das limitações, os enfermeiros reconhecem a importância do registro estruturado da CE para o acompanhamento longitudinal da pessoa com DM, comunicação entre serviços e profissionais, produção de indicadores de saúde, e transparência na gestão pública. Também foi destacada a funcionalidade do PEC por conter campos específicos baseados no modelo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), o que facilita a sistematização do cuidado e o acesso compartilhado entre as unidades.

"Eu acho que com o prontuário eletrônico é bem mais prático, a gente tem acesso, consegue ver o acompanhamento do paciente em outras unidades, que às vezes ele é referenciado, então, e às vezes a contrarreferência no físico nós não temos." (Enf. 07)

"Se alguma pessoa for vir procurar ou pra saber de alguma pessoa, dificilmente eles vão nos prontuários de papel. Eles vão acessar o prontuário eletrônico, que é muito mais fácil e quem tá aqui, consegue ver o prontuário da pessoa que tá em outra unidade (Enf. 08)

"No PEC, ele já é o registro. Que a gente fala que é o SOAP, já é um corpo para você colocar lá, subjetivo, objetivo, avaliação e plano. Então tem todos os campos pra você preencher. Já pede lá tudo. Você conta a história do paciente, depois você coloca o que você avaliou, porque o paciente procurou, qual foi o seu plano para aquele paciente. Tem um corpo que você segue assim, que dá certo, se outra pessoa chegar, você consegue entender o que o paciente passou ali naquele dia, acompanhar mesmo." (Enf. 06)

"Porque a própria contabilização dos dados pelo Ministério é feita por lá e a própria verba vem através

daquilo. Então acaba sendo tudo feito por intermédio dele." (Enf. 04)

"Então, a gente acha interessante lançar aqui, porque eles têm acesso lá ao que foi feito, sabe?" (Enf. 02)

Esse tema aponta que apesar do registro da CE ser compreendido como um recurso estratégico para o cuidado contínuo e qualificado, sua prática ainda é heterogênea e fragilizada por limitações estruturais. A informatização parcial dos serviços e a ausência de padronização dificultam a consolidação de uma prática documental consistente, o que compromete o monitoramento das ações, a integração entre os níveis de atenção e o fortalecimento da autonomia da enfermagem na APS.

#### **Tema 4- Protocolo de CE: das necessidades comprometidas às ações resolutivas**

A construção de um protocolo de CE à pessoa DM na APS deve considerar a singularidade da pessoa, em uma perspectiva integral e multidimensional, orientada para a efetividade clínica e a resolutividade do cuidado. Para esta categoria englobou-se as seguintes subtemas: “Elementos essenciais na CE; e “Adaptação ao contexto para ações resolutivas”.

##### *Elementos essenciais na CE*

Os enfermeiros destacaram que a CE deve possibilitar a identificação das necessidades de saúde da pessoa com DM, incluindo aspectos como alimentação, prática de atividade física, cuidados com os pés, uso adequado de medicamentos, controle glicêmico, e prevenção de complicações. Além disso, ressaltaram a importância de abordagens dialógicas e personalizadas, com escuta qualificada, linguagem acessível e articulação multiprofissional. A consulta ideal transcende o enfoque biomédico, considerando os condicionantes sociais e culturais que impactam no cuidado e autocuidado.

"Eu acho que deveria conter os cuidados com a medicação, orientações de autocuidado que isso muitas vezes não dá tempo do médico fazer e fica sem fazer na verdade." (Enf. 01)

"Primeiramente seria a linguagem acessível. A gente sabe que a população dessa cidade é uma população carente." (Enf. 08)

"Olha, uma coisa que eu enfrento muito aqui na minha realidade é questão alimentar." (Enf. 07)

"A respeito de alimentação, cuidados, principalmente com os pés também." (Enf. 05)

"A gente olha muito a questão holística da coisa, ou seja, mas em grosso modo seria a capacidade dela de qualidade de vida." (Enf. 04)

"Eu acho que a primeira coisa é levantar o estilo de vida que a pessoa tem. Porque eu acho que essa questão socioeconômica também, e cultural, acho que pesa muito." (Enf. 02)

"Acho que o estilo de vida da pessoa, as condições de vida da pessoa, eu acho que é o mais importante." (Enf. 06)

"A gente sempre não olhar só pra pessoa, não só pra doença da pessoa, dentro da consulta de enfermagem, mas olhar pra ela como um todo." (Enf. 08)

"Conseguir avaliar o paciente como um todo, como eu já te disse, e a gente conseguir detectar nele aquilo que precisa ser tratado." (Enf. 06)

"Assim, o protocolo pode me dar ferramentas de trabalho né, tendo esse processo de enfermagem. Pra eu trabalhar melhor cada paciente individualmente." (Enf. 03)

"Eu acho que envolve muito a questão da equipe multidisciplinar." (Enf. 07)

### *Adaptação ao contexto para ações resolutivas*

As falas demonstram que para além da definição técnico-normativa, o protocolo precisa ser executável diante da realidade das pessoas e dos serviços de saúde. Os profissionais enfatizam a importância de adaptar as recomendações clínicas à realidade local, considerando o acesso limitado a alimentos saudáveis, a ausência de profissionais especializados (como nutricionistas), e as dificuldades de mobilidade e entendimento das pessoas, especialmente os idosos.

"A gente tem apenas uma nutricionista né, e ela não consegue atender todo o mundo." (Enf. 01)

"Aí eu acho complicado, porque até esses dias a gente estava conversando, que todos os alimentos baratos são os que não são adequados para o diabetes, que eles são muito calóricos." (Enf. 04)

"Orientar e adaptar a sua condição e entendimento é fundamental" (Enf. 08)

"E como aqui tem uma condição social muito baixa, acho que pra mim é o que pesa mais. Porque eu tenho que me adequar à realidade deles com a realidade que deve ser seguida por um portador de diabetes." (Enf. 07)

"Geralmente esses pacientes são idosos, são pacientes que estão acima do peso, aí já tem uma dificuldade para deambular ou já são pacientes que têm até amputação de algum membro ali, que às vezes não tem nem a orientação de usar um sapato adequado para melhorar a locomoção dele." (Enf. 03)

"É que aqui o pessoal, tem alguns que se alimentam duas vezes, duas refeições no dia, só almoço e janta." (Enf. 02)

A análise das entrevistas evidencia o reconhecimento da CE como um componente central na atenção à pessoa com DM na APS. Contudo, também revela que sua efetividade demanda instrumentos estruturados que dialoguem com a realidade local e com os desafios enfrentados na prática assistencial diária pelos profissionais e pessoas.

Assim, a construção de um protocolo orientado pelas necessidades identificadas na prática representa uma estratégia de valorização profissional, padronização do cuidado, e fortalecimento da autonomia da enfermagem na APS, com vistas a promover um cuidado integral, resolutivo, ético e centrado na pessoa.

#### **7.1.4 Elaboração da proposta inicial do protocolo**

A elaboração da proposta inicial do protocolo de CE à pessoa com DM na APS foi fundamentada pelos achados da revisão de escopo, materiais norteadores, análise temática das entrevistas com enfermeiros e reuniões entre a equipe de pesquisadoras. Essa versão inicial buscou refletir as necessidades identificadas na prática cotidiana dos enfermeiros, os desafios enfrentados na realização da CE, bem como os elementos considerados fundamentais para um

cuidado integral, resolutivo, humanizado e contextualizado às necessidades de saúde das pessoas.

Ressalta-se que esse material não representou o produto final, mas sim um instrumento preliminar/norteador, considerado como base diretiva para a etapa de construção participativa, refinamento e validação nos GC, conforme os princípios metodológicos da PCA.

A seguir, serão apresentados os quadros que sistematizam os componentes que estruturaram a versão preliminar do protocolo assistencial, organizada com base nas etapas do PE (avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução), a partir dos domínios da TNHB (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais) e do sistema de classificação padronizada da CIPE®. Com o objetivo de responder/nortear de forma integral, resolutiva, humanizada e contextualizada às demandas identificadas na prática assistencial do município.

No Quadro 8 está descrita a Etapa 1, Avaliação de Enfermagem, estruturada com base na TNHB, contemplando os domínios psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, e organizada a partir dos dados subjetivos (histórico de enfermagem) e objetivos (exame físico sistematizado). No domínio psicobiológico, estão contemplados os dados de identificação (tipo de consulta, dados pessoais e socioeconômicos), anamnese (queixa principal, tempo de diagnóstico, fatores de risco e tratamento), sintomas atuais, automonitorização da glicemia, histórico familiar, estilo de vida, autocuidado, vacinação, vida sexual, exames laboratoriais e insulinização. O domínio psicossocial inclui aspectos emocionais, suporte social e familiar, atividades de lazer e convívio social, além do contexto socioeconômico e suas repercussões no cuidado. Já o domínio psicoespiritual aborda práticas e crenças espirituais que influenciam o autocuidado. A avaliação objetiva contempla exame geral, sinais vitais, antropometria e exame físico por sistemas (cardiopulmonar e gastrointestinal), com ênfase na avaliação detalhada dos pés, incluindo aspectos dermatológicos, neurológicos e vasculares, com vistas à estratificação do risco para complicações, como úlceras e amputações. Essa etapa visa identificar de forma integral as necessidades humanas afetadas, por meio da escuta qualificada e da clínica ampliada, para subsidiar a formulação de diagnósticos de enfermagem, intervenções direcionadas e o planejamento do cuidado centrado na pessoa com DM no contexto da APS.

Quadro 8 - Etapa 1: Avaliação de Enfermagem- domínios, seções e itens avaliados alinhados à TNHB. Alfenas, MG, 2025.

<b>AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM</b>			
<b>Dados</b>	<b>Domínio</b>	<b>Seções Avaliadas</b>	<b>Principais Itens</b>
<b>SUBJETIVO- HISTÓRICO DE ENFERMAGEM</b>		Identificação	Tipo de consulta, dados pessoais, contato, endereço e dados socioeconômicos
		Anamnese	Queixa principal, história da doença atual, tempo de diagnóstico, fatores de risco; tratamento medicamentoso e adesão ao tratamento;
	Sintomas atuais/intercorrências: poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, hipoglicemia, hiperglicemia, hospitalização recente		
	Automonitorização da glicemia: frequência, horários e valores		
	Histórico familiar: DM, HAS, dislipidemia, doença cardiovascular, AVE, IRC, Obesidade		
	Estilo de vida: alimentação, atividade física, sono, uso de álcool e tabaco		
	Autocuidado: avaliação funcional (alimentação, vestuário, higiene pessoal, autocuidado em diabetes, mobilidade e deambulação)		
	Vacinação: avaliação da caderneta e vacinas recomendadas		
	Vida sexual: queixas ou alterações		
	Exames laboratoriais: glicemia, HbA1c, lipidograma, função renal		
	Insulinização: técnica, dificuldade, conhecimento, armazenamento		
	PSICOSSOCIAL	Anamnese	Estado emocional/estresse: transtornos, impacto emocional no controle do DM
			Suporte social e familiar: presença de cuidadores, papel da família e amigos
Atividades de lazer, convívio social e impactos: participação social, impacto na vida profissional e familiar			
PSICOESPIRITUAL	Anamnese	Contexto socioeconômico: moradia, renda, acesso consultas/exames e medicamentos	
<b>OBJETIVO- EXAME FÍSICO</b>	<b>AVALIAÇÃO CLÍNICA SISTEMATIZADA</b>	Aspectos culturais e espirituais: religiosidade e espiritualidade	
		Geral	Estado geral, nível de consciência, orientação (tempo, espaço, pessoa), comunicação verbal, higiene pessoal, postura e mobilidade
		Sinais vitais	Pressão arterial, FC, FR, temperatura corporal e saturação de oxigênio

		Antropometria	Peso, altura, IMC (com classificação), circunferência abdominal e ganho/perda de peso no último ano
		Cabeça e pescoço	Couro cabeludo e cabelos, olhos (retinopatia), conjuntivas, ouvidos, cavidade oral (consulta odontológica), língua e pescoço (linfonodos, tireoide)
		Pele e mucosas	Coloração, hidratação, integridade, temperatura, turgor, presença de lesões/úlceras/infecções e cicatrização
		Sistema Cardiopulmonar	Ritmo e bulhas cardíacas, perfusão periférica, expansibilidade torácica, ruídos respiratórios, sinais de esforço respiratório, tosse e dispneia
		Abdome	Aparelho gastrointestinal e geniturinário, inspeção abdominal, ruídos hidroaéreos, palpação, dor e percussão
		Avaliação dos pés-dermatológica, osteoarticular, neurológica e vascular Estratificação de risco	Inspeção da pele e unhas, coloração, temperatura, espaço interdigital, pilificação; deformidades ósseas; sensibilidade protetora (monofilamento semmes-weinstein 10g), sensibilidade vibratória (diapasão 128 Hz), dor neuropática (localização, sintomas, características, intensidade); pulsos arteriais (pedioso e tibial), úlceras (ativas/anteriores), histórico de amputação, risco de DAP, ITB, Teste de Buerger; Classificação de risco para pé diabético (categorias 0 a 3), Frequência de triagem conforme LOPS, PAD, histórico de úlcera, amputação, IRC

Fonte: Autores (2025).

O Quadro 9 apresenta a Etapa 2, que corresponde à identificação dos diagnósticos de enfermagem, estruturados de acordo com a CIPE® 2019-2020, e organizados segundo os domínios da TNHB.

No domínio psicobiológico, foram elencados diagnósticos relacionados ao controle glicêmico, hidratação e eliminação, adesão ao tratamento, alimentação, função gastrointestinal, estado neurossensorial, mobilidade, integridade da pele e avaliação dos pés, além das funções respiratória e cardiovascular, condicionamento físico e comportamentos de saúde. Destacam-se, nesse conjunto, julgamentos clínicos que

expressam alterações fisiológicas frequentes na pessoa com DM, como hiperglicemia, hipoglicemia, adesão prejudicada ao regime terapêutico, sobrepeso/obesidade, percepção tátil prejudicada, risco de úlcera de pé diabético e pressão arterial alterada.

No domínio psicossocial, os diagnósticos que abordam aspectos emocionais, sociais e econômicos, como estresse, aceitação da condição de saúde prejudicada, dificuldades no processo de enfrentamento, problemas financeiros e de moradia, baixa literacia em saúde e ausência de apoio social, refletem os múltiplos determinantes em saúde do processo de uma condição crônica.

Quando ao domínio psicoespiritual, os diagnósticos estão relacionados às crenças espirituais e religiosas conflituosas que evidenciam a importância de compreender o significado atribuído ao viver com diabetes a partir de uma perspectiva subjetiva, simbólica e cultural. Essa etapa diagnóstica representa um marco essencial no processo de cuidado, pois permite a formulação de planos de cuidados individualizados e resolutivos, ao orientar a seleção de intervenções coerentes com as necessidades humanas comprometidas e com o contexto biopsicossocial e espiritual da pessoa com diabetes na APS.

Quadro 9 - Etapa 2: Diagnósticos de Enfermagem segundo a CIPE® 2019-2020 alinhados à TNHB. Alfenas, MG, 2025.

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>			
<b>Domínio</b>	<b>Diagnóstico CIPE®</b>	<b>Foco</b>	<b>Julgamento</b>
<b>PSICOBIOLOGICO</b>	<b>GLICEMIA</b>		
	Níveis de glicose sanguínea nos limites normais	Nível de Glicose Sanguínea, nos limites Normais	Presente
	Hiperglicemia	Glicemia	Alterada
	Hipoglicemia	Glicemia	Alterada
	<b>HIDRATAÇÃO/ELIMINAÇÃO</b>		
	Desidratação	Desidratação	Presente
	Função renal, prejudicada	Função renal, prejudicada	Prejudicada
	<b>TERAPÊUTICA/ADESÃO</b>		
	Não adesão ao regime medicamentoso	Não adesão ao regime medicamentoso	Presente
	Conhecimento sobre regime medicamentoso	Conhecimento sobre regime medicamentoso	Insuficiente
	Problema com aquisição de medicação	Problema com aquisição de medicação	Presente
	<b>ALIMENTAÇÃO</b>		

Conhecimento sobre regime dietético	Conhecimento sobre regime dietético	Insuficiente
Adesão ao regime dietético	Adesão ao regime dietético	Prejudicada
Obesidade	Obesidade	Presente
Sobrepeso	Sobrepeso	Presente
<b>GASTROINTESTINAL</b>		
Função do sistema gastrointestinal, prejudicada	Função do sistema gastrointestinal, prejudicada	Presente
<b>NEUROSENSORIAL</b>		
Percepção tátil, prejudicada	Percepção tátil, prejudicada	Prejudicada
Dor	Dor	Presente
Visão, prejudicada	Visão, prejudicada	Prejudicada
Sono, prejudicado	Sono, prejudicado	Prejudicado
<b>MOBILIDADE</b>		
Mobilidade, prejudicada	Mobilidade, prejudicada	Prejudicada
Risco de queda	Risco de queda	Risco
<b>PELE/PÉS</b>		
Integridade da pele, prejudicada	Integridade da pele, prejudicada	Prejudicada
Risco de úlcera de pé diabético	Risco de úlcera de pé diabético	Risco
Úlcera de pé diabético	Úlcera de pé diabético	Presente
<b>RESPIRATÓRIO</b>		
Função do sistema respiratório, prejudicada	Função do sistema respiratório, prejudicada	Prejudicada
<b>CARDIOVASCULAR</b>		
Função cardíaca, prejudicada	Função cardíaca, prejudicada	Prejudicada
Pressão arterial, alterada	Pressão arterial, alterada	Alterada
Perfusão tissular periférica, prejudicada	Perfusão tissular periférica, prejudicada	Prejudicada
Edema periférico	Edema periférico	Presente
<b>EXERCÍCIO FÍSICO/CONDICIONAMENTO FÍSICO</b>		
Adesão ao regime de exercício físico	Adesão ao regime de exercício físico	Prejudicado
Fadiga	Fadiga	Presente
<b>ESTILO DE VIDA/COMPORTAMENTO DE SAÚDE</b>		
Abuso de tabaco (ou de Fumo)	Abuso de tabaco (ou de fumo)	Presente
Abuso de álcool (ou alcoolismo)	Abuso de álcool (ou alcoolismo)	Presente

	Condição oral (ou bucal), prejudicada	Condição oral (ou bucal), prejudicada	Prejudicada
	Não adesão ao regime de imunização	Não adesão ao regime de imunização	Presente
	<b>SEXUALIDADE</b>		
	Desempenho sexual, prejudicado	Desempenho sexual, prejudicado	Prejudicado
	<b>COGNIÇÃO</b>		
Cognição, prejudicada	Cognição, prejudicada	Prejudicada	
<b>PSICOSSOCIAL</b>	<b>PSICOLOGICO/EMOCIONAL/COMPORTAMENTAL</b>		
	Estresse	Estresse	Presente
	Aceitação da condição de saúde, prejudicada	Aceitação da condição de saúde, prejudicada	Prejudicada
	Processo de enfrentamento, prejudicado	Processo de enfrentamento, prejudicado	Prejudicado
	<b>SOCIOECONÔMICO</b>		
	Problema habitacional	Problema habitacional	Presente
	Problema financeiro	Problema financeiro	Presente
	<b>EDUCACIONAL</b>		
	Problema de literacia	Problema de literacia	Presente
	<b>FAMILIAR/SOCIAL</b>		
Falta de apoio social	Falta de apoio social	Presente	
<b>PSICOESPIRITUAL</b>	<b>ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE</b>		
	Crença espiritual, conflituosa	Crença espiritual, conflituosa	Presente
	Crença religiosa, conflituosa	Crença religiosa, conflituosa	Presente

Fonte: Autores (2025).

O Quadro 10 sistematiza a Etapa 3 do PE, correspondente ao planejamento do cuidado de enfermagem à pessoa com DM, fundamentado na TNHB e na CIPE® 2019-2020. Nessa etapa, foram definidos os resultados esperados e as intervenções de enfermagem para cada diagnóstico previamente identificado, compondo um plano assistencial individualizado e direcionado às necessidades humanas comprometidas. A estrutura do quadro contempla três elementos principais: o diagnóstico de enfermagem, o resultado esperado e o conjunto de intervenções sistematizadas e baseadas em evidências. Essas intervenções foram descritas de forma prática e objetiva, abrangendo desde ações clínicas, como monitoramento de parâmetros fisiológicos e avaliação de sinais e sintomas, até ações educativas, de autocuidado e de articulação interprofissional, incluindo o encaminhamento para outros profissionais da APS e

garantia do acesso a insumos e medicamentos. Ademais, o planejamento foi construído respeitando os domínios da TNHB (psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual), o que ampliou a visão do cuidado, incorporando fatores emocionais, sociais, espirituais e cognitivos. Essa sistematização favorece e qualifica a tomada de decisão clínica, fortalece a resolutividade das práticas de enfermagem na APS e promove a continuidade do cuidado centrado na pessoa com DM, a fim de promover segurança, autonomia e qualidade de vida.

Quadro 10 - Etapa 3: Planejamento de Enfermagem de acordo com a TNHB. Alfenas, MG, 2025.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
Diagnóstico CIPE®	Resultado esperado	Intervenções de Enfermagem
GLICEMIA	Níveis de glicose sanguínea nos limites normais	<p><b>Manutenção da glicemia em níveis-alvo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmar o controle glicêmico.</li> <li>- Orientar sobre a importância do AMGC em domicílio ou na unidade de saúde.</li> <li>- Orientar sobre o uso correto do glicosímetro.</li> <li>- Verificar resultados de AMGC.</li> <li>- Orientar/Reforçar as metas glicêmicas (pré-prandial, pós-prandial e ao dormir).</li> </ul> <p>*Metas: GC em jejum entre 80-130 mg/dL; GC 2 h após o início das refeições &lt; 180 mg/dL; GC ao deitar entre 90-150mg/dL.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.</li> <li>- Verificar adesão ao tratamento (dieta, exercícios físicos, medicação).</li> <li>- Realizar educação em saúde acerca do diabetes e comportamentos para manter o controle e autocuidado.</li> <li>- Encaminhar para nutricionista, educador físico e médico, conforme avaliação clínica e de risco.</li> </ul> <p>*Recomendada a meta de HbA1c &lt; 7,0% para todas as pessoas com diabetes, para prevenção de complicações microvasculares, desde que não incorra em hipoglicemias graves e frequentes.</p> <p>*Recomendado que idosos com DM, função cognitiva e status funcional preservados e/ou comorbidades não limitantes tenham alvos de HbA1c entre 7,0 e 7,5%.</p> <p>*Em idosos com DM, com objetivo de evitar hipoglicemia, uma meta de HbA1c &lt; 8,0% deve ser considerada quando houver status funcional comprometido, síndrome de fragilidade, presença de comorbidades que limitem a expectativa de vida e/ou alteração da função cognitiva.</p>
	Hiperglicemia	<b>Redução e controle</b>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar a glicemia capilar.</li> <li>- Reforçar a hidratação hídrica.</li> <li>- Administrar insulina, de acordo com ajuste da prescrição.</li> <li>- Encaminhar para serviço de urgência, caso necessário.</li> </ul> <p><b>Hiperglicemia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar se assintomático ou sintomático (boca seca, sede excessiva, poliúria, enurese; emagrecimento, náusea, dor abdominal, desidratação, fadiga, fraqueza, sonolência e visão turva).</li> <li>- Avaliar presença/intensidade de sintomas, se necessário encaminhar para avaliação médica.</li> <li>- Verificar resultados de AMGC.</li> <li>- Orientar sobre o uso correto do glicosímetro.</li> <li>- Orientar/Reforçar as metas glicêmicas (pré-prandial, pós-prandial e ao dormir).</li> <li>- Orientar sobre a importância do AMGC em domicílio ou na unidade de saúde.</li> <li>- Identificar as causas/fatores precursores da hiperglicemia.</li> <li>- Orientar/Reforçar comportamentos para manter o controle e autocuidado para prevenção da hiperglicemia: acompanhamento, exames periódico e adesão ao tratamento.</li> <li>- Rastrear as complicações crônicas.</li> <li>- Encaminhar para profissionais de apoio, conforme avaliação clínica e de risco.</li> </ul>
	Hipoglicemia	Normalização da glicemia	<p><b>Hipoglicemia (GC &lt; 70 e &lt; 54 mg/dl)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar sinais como tonturas, alterações do nível de consciência e impossibilidade de ingestão via oral.</li> <li>- Verificar resultados de AMGC.</li> <li>- Se necessário, encaminhar para avaliação médica imediata.</li> <li>- Gerenciar hipoglicemia.</li> </ul> <p>*Ingerir fonte de carboidrato de rápida absorção e em caso de rebaixamento do nível de consciência, colocar a pessoa em posição de conforto, lateralizar a cabeça e se possível, esfregar 15 a 30 gramas de açúcar ou mel na face interna da bochecha, enquanto aguarda o serviço de emergência.</p>
<b>HIDRATAÇÃO/ ELIMINAÇÃO</b>	Desidratação	Hidratação adequada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar glicemia capilar.</li> <li>- Orientar sobre a importância do AMGC no domicílio.</li> <li>- Avaliar Sinais Vitais: PA, FC, FR e temperatura.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar e acompanhar sinais e sintomas: mucosas orais e língua, turgor cutâneo, globo ocular, perfusão tissular, sede intensa, poliúria, redução do débito urinário (em fases mais avançadas), fraqueza, fadiga, letargia, tontura, câibras musculares, cefaleia, alterações do nível de consciência ou confusão mental.</li> <li>- Identificar as causas desencadeantes da desidratação (vômito, diarreia, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar, febre, medicamentos-diuréticos).</li> <li>- Orientar sobre ingesta hídrica, sobre reposição rápida de líquidos via oral.</li> <li>- Orientar sobre dificuldade de acesso a líquidos ou deglutição.</li> <li>- Orientar a procura do serviço de saúde, se não houver melhora da clínica.</li> </ul>
	Função renal, prejudicada	Preservação da função renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar função Renal: TFGe, albuminúria; controle glicêmico e pressórico: HbA1c, PA e anemia.</li> <li>- Verificar sinais/sintomas de disfunção renal: edema, fadiga, alterações urinárias.</li> <li>- Identificar fatores de piora da função renal, como medicações nefrotóxicas.</li> <li>- Orientar e reforçar hábitos de vida, dieta (sódio, proteína, fósforo, potássio, lipídio), hidratação, tabagismo.</li> <li>- Reforçar metas de controle intensivo de glicemia e PA.</li> <li>- Garantir o acesso à informação e a continuidade do cuidado.</li> <li>- Encaminhar para tratamento especializado, se necessário.</li> </ul>
<b>TERAPÊUTICA/ ADESÃO</b>	Não adesão ao regime medicamentoso	Adesão ao regime medicamentoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar causas/barreiras: esquecimento, efeitos colaterais, custo, crenças, dificuldades de compreensão, rotina (socioeconômicas, culturais, cognitivas).</li> </ul>
	Conhecimento sobre regime medicamentoso	Compreensão sobre o regime medicamentoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar conhecimento sobre medicamentos (nome, dose, horário, finalidade).</li> <li>- Explicar a importância de doses, horários e conservação dos medicamentos.</li> <li>- Observar, ensinar e orientar habilidades práticas sobre preparo, aplicação, armazenamento e transporte de insulina; e descarte de perfurocortantes.</li> </ul>
	Problema com aquisição de medicação	Acesso aos medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforçar importância da adesão medicamentosa para o controle do diabetes e prevenção de complicações; e realização de consultas (programação/marcação).</li> <li>- Explicar receita médica, verificar compreensão e esclarecer dúvidas.</li> <li>- Orientar, verificar e manejar efeitos colaterais e interação medicamentosa.</li> <li>- Pactuar e avaliar metas realistas.</li> <li>- Estabelecer estratégias para facilitar o uso adequado da medicação (lembretes, caixas organizadoras, alarmes, aplicativos).</li> <li>- Monitorar adesão e glicemia regularmente.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reavaliar e ajustar plano terapêutico com médico, conforme necessário.</li> <li>- Realizar encaminhamento (farmacêutico, psicólogo), conforme necessidade.</li> <li>- Orientar sobre os fluxos regulatórios para acesso a medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS.</li> </ul>
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	Conhecimento sobre regime dietético	Conhecimento sobre regime dietético	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento prévio sobre alimentação adequada.</li> <li>- Identificar barreiras à adesão (socioeconômica, culturais, emocionais, cognitivas).</li> </ul>
	Adesão ao regime dietético	Melhora da alimentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre o plano alimentar individualizado conforme orientação da equipe multiprofissional.</li> </ul>
	Obesidade	Redução do peso/IMC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar o fracionamento das refeições e escolha de alimentos com baixo índice glicêmico.</li> </ul>
	Sobrepeso	Redução do peso/IMC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre a importância de evitar açúcares simples e alimentos ultraprocessados.</li> <li>- Incentivar o consumo de fibras.</li> <li>- Orientar sobre uso de adoçantes.</li> <li>- Estimular hidratação adequada.</li> <li>- Orientar sobre técnicas culinárias saudáveis (evitar frituras, preferir cozidos e assados).</li> <li>- Estimular a leitura de rótulos e controle de porções.</li> <li>- Envolver a família/cuidadores no plano alimentar.</li> <li>- Estimular o registro diário da alimentação.</li> <li>- Agendar retornos para reavaliação e reforço da adesão.</li> <li>- Encaminhar para nutricionista, se necessário.</li> <li>- Acompanhar peso, IMC e exames laboratoriais.</li> </ul>
<b>GASTROINTESTINAL</b>	Função do sistema gastrointestinal, prejudicada	Função gastrointestinal restabelecida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar presença de sintomas (constipação, náusea, diarreia, distensão, refluxo).</li> <li>- Identificar, verificar e acompanhar medicamentos/efeitos colaterais que interferem na função GI (metformina).</li> <li>- Avaliar padrão intestinal e hábitos alimentares.</li> <li>- Estimular aumento da ingestão de fibras (frutas, verduras).</li> <li>- Estimular consumo adequado de água diariamente.</li> <li>- Orientar fracionamento de refeições.</li> <li>- Incentivar mastigação adequada e lenta.</li> <li>- Orientar sobre alimentos que pioram os sintomas GI (gordurosos, cafeína, bebidas</li> </ul>

			<p>gasosas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre a prática regular de atividade física para estímulo do peristaltismo.</li> <li>- Orientar sobre higiene e preparo adequado dos alimentos (água potável para consumo; ferver ou tratar com solução de hipoclorito de sódio).</li> <li>- Orientar sobre a importância da regularidade nos horários das refeições.</li> <li>- Registrar e monitorar evolução dos sintomas e hábitos intestinais.</li> <li>- Encaminhar para nutricionista e/ou gastroenterologista, se necessário.</li> </ul>
<b>NEUROSENSORIAL</b>	Percepção tátil, prejudicada	Percepção tátil preservada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Testar a sensibilidade protetora (teste do monofilamento, vibratória).</li> <li>- Verificar queixas de dormência, formigamento, queimação ou perda de sensibilidade.</li> <li>- Avaliar integridade da pele e dos pés.</li> <li>- Orientar autoavaliação diária dos pés.</li> <li>- Ensinar cuidados com a higiene e hidratação dos pés (sem umidade entre os dedos).</li> <li>- Orientar corte adequado das unhas (reto, não remover cantos e cutículas, uso de lixa).</li> <li>- Orientar uso de calçados fechados, confortáveis, com proteção adequado e com ajuste (velcro/cadarço) e solado semirrígido; usar meias de algodão, sem costura grossa ou elástico apertado.</li> <li>- Evitar chinelos, sandálias abertas e salto fino; e andar descalço.</li> <li>- Inspeccionar o calçado antes de usar.</li> <li>- Estimular o controle glicêmico.</li> <li>- Encaminhar para avaliação especializada, se necessário.</li> <li>- Fornecer material educativo com imagens e orientações práticas.</li> <li>- Reforçar importância do acompanhamento regular.</li> </ul>
	Dor	Redução/controla da dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar localização, intensidade, duração e características da dor (usar escala numérica ou visual).</li> <li>- Investigar relação da dor com complicações do diabetes (neuropatia, infecção, alterações musculoesqueléticas).</li> <li>- Avaliar fatores desencadeantes e atenuantes da dor.</li> <li>- Registrar histórico de uso de analgésicos e resposta ao tratamento.</li> <li>- Monitorar efeitos adversos de medicamentos.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre medidas não farmacológicas (compressas, repouso, exercícios leves, alongamentos).</li> <li>- Incentivar prática regular de atividade física adaptada.</li> <li>- Estimular controle glicêmico adequado para prevenção da dor neuropática.</li> <li>- Encaminhar para equipe multiprofissional (fisioterapia, psicologia, neurologia), se necessário.</li> <li>- Agendar acompanhamento e reavaliação periódica da dor.</li> </ul>
	Visão, prejudicada	Visão preservada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar queixas visuais (embaçamento, dificuldade para ler, dor ocular).</li> <li>- Investigar histórico de retinopatia diabética ou outras alterações oculares.</li> <li>- Orientar sobre a importância do controle glicêmico e pressórico para prevenir complicações.</li> <li>- Verificar se há encaminhamento e adesão ao acompanhamento oftalmológico.</li> <li>- Orientar sobre sinais de alerta (manchas na visão, perda súbita da visão, visão dupla).</li> <li>- Avaliar impacto da limitação visual na realização do autocuidado (uso de medicamentos, aplicação de insulina, leitura de rótulos).</li> </ul>
	Sono, prejudicado	Sono restaurado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar fatores/causas clínicas e emocionais associadas ao sono prejudicado (hipoglicemia noturna, dor, ansiedade, climatério).</li> <li>- Avaliar uso de medicamentos e substâncias que interferem no sono (caféina, álcool, chá, estimulantes).</li> <li>- Monitorar padrão de sono, nível de fadiga e energia para atividades diárias.</li> <li>- Avaliar horários de aplicação de insulina e sintomas noturnos (hipoglicemia, poliúria).</li> <li>- Estabelecer rotina regular para as atividades diurnas e horários fixos para dormir/acordar.</li> </ul>
<b>MOBILIDADE</b>	Mobilidade, prejudicada	Mobilidade eficaz (independência funcional)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar técnica correta de deambulação e uso de dispositivos auxiliares (muletas, bengalas, andadores, cadeiras de rodas).</li> <li>- Orientar prevenção de quedas e acidentes domésticos.</li> </ul>
	Risco de queda	Prevenção de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre uso de calçados adequados.</li> <li>- Avaliar e estimular exercícios para fortalecimento muscular e equilíbrio.</li> <li>- Encaminhar para fisioterapia, se necessário.</li> <li>- Estimular apoio familiar para assistência na mobilidade.</li> </ul>

<b>PELE/PÉS</b>	Integridade da pele, prejudicada	Integridade da pele preservada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar integridade da pele e áreas de risco.</li> <li>- Orientar cuidados diários com os pés e higiene (inspeção).</li> <li>- Promover hidratação da pele para evitar ressecamento.</li> <li>- Orientar uso de calçados adequados, confortáveis e fechados, evitar andar descalço, sandálias abertas e salto fino.</li> <li>- Incentivar controle rigoroso da glicemia para evitar complicações.</li> </ul>
	Risco de úlcera de pé diabético	Prevenção de úlcera de pé diabético	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre o autocuidado com os pés.</li> <li>- Orientar sobre a higiene diária dos pés; hidratar os pés após o banho (evitar entre os dedos); manter espaços interdigitais secos e limpos; orientar corte de unhas adequado, sem remover cantos ou cutículas.</li> <li>- Ensinar inspeção diária dos pés e sinais de alerta: calos, bolhas, micoses, rachaduras.</li> <li>- Avaliar pés anualmente para risco de ulceração.</li> <li>- Avaliar sensibilidade com monofilamento, diapasão.</li> <li>- Verificar pulsos pediosos e tibiais posteriores e presença de edema.</li> <li>- Avaliar sinais de comprometimento arterial: claudicação, dor em repouso, pés frios, pele alterada.</li> <li>- Medir ITB (Índice Tornozelo-Braço).</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica em caso de alterações vasculares/ITB alterado.</li> <li>- Recomendar autoavaliação diária dos pés; cuidados com a higiene e hidratação dos pés (sem umidade entre os dedos); corte adequado das unhas (reto, não remover cantos e cutículas, uso de lixa); calçados fechados, confortáveis, proteção adequado, com ajuste (velcro/cadarço) e solado semirrígido; usar meias de algodão, sem costura grossa ou elástico apertado; evitar chinelos, sandálias abertas e salto fino; e andar descalço; inspecionar o calçado antes de usar; higiene do calçado.</li> <li>- Realizar curativos e encaminhar se necessário.</li> </ul>
	Úlcera de pé diabético	Cicatrização/prevenção de Úlcera de pé diabético	
<b>RESPIRATÓRIO</b>	Função do sistema respiratório, prejudicada	Função do sistema respiratório eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar padrão respiratório: frequência, ritmo, profundidade e presença de ruídos anormais.</li> <li>- Monitorar saturação de oxigênio, sinais de hipóxia e esforço respiratório.</li> <li>- Avaliar histórico de doenças respiratórias associadas (DPOC, asma, infecções respiratórias).</li> <li>- Identificar sinais precoces de infecção respiratória (tosse, febre, secreção).</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre importância do controle glicêmico para prevenir infecções pulmonares.</li> <li>- Estimular hidratação adequada para fluidificar secreções.</li> <li>- Verificar se há uso de medicamentos broncodilatadores ou inaladores; orientar sobre uso correto.</li> <li>- Identificar e eliminar fatores ambientais que comprometam a função respiratória (fumaça, poeira, mofo).</li> <li>- Orientar sobre abandono do tabagismo e oferecer apoio.</li> <li>- Encaminhar para atendimento médico caso haja sinais de piora clínica ou suspeita de infecção.</li> </ul>
<b>CARDIOVASCULAR</b>	Função cardíaca, prejudicada	Função cardíaca eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar sinais vitais (PA, FC, FR) e sintomas de sobrecarga cardíaca (dispneia, edema, fadiga, dor torácica).</li> </ul>
	Edema periférico	Função cardíaca eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar glicemia capilar e orientar sobre metas glicêmicas para reduzir RCV.</li> <li>- Avaliar presença de edema em membros inferiores e ganho de peso súbito.</li> <li>- Incentivar adesão ao tratamento medicamentoso conforme prescrição médica (hipoglicemiantes, anti-hipertensivos, estatinas).</li> <li>- Estimular alimentação balanceada (pobre em sal, gorduras e açúcares), conforme orientação nutricional.</li> <li>- Orientar prática de atividade física regular e leve.</li> <li>- Verificar sinais de má perfusão (extremidades frias, cianose, tontura).</li> <li>- Incentivar abandono do tabagismo e redução do consumo de álcool.</li> <li>- Realizar avaliação de risco cardiovascular (obesidade, sedentarismo, histórico familiar).</li> <li>- Orientar sobre sinais de alerta para procurar serviço médico: dor torácica, dispneia intensa, palpitações, síncope.</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica em caso de piora clínica, sinais de insuficiência cardíaca ou pressão descontrolada.</li> </ul>
	Pressão arterial, alterada	Pressão arterial controlada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aferir PA em todas as consultas com técnica correta.</li> <li>- Monitorar variações da PA ao longo do tempo.</li> <li>- Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso prescrito.</li> <li>- Orientar sobre importância do uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos.</li> <li>- Estimular alimentação saudável (restrição de sal, gordura).</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre prática regular de atividade física leve a moderada, conforme tolerância.</li> <li>- Incentivar controle do peso corporal e IMC.</li> <li>- Estimular redução/abandono do consumo de álcool e cessação do tabagismo.</li> <li>- Avaliar sinais de lesões em órgãos-alvo (retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia).</li> <li>- Verificar uso de medicamentos que possam interferir na PA (anti-inflamatórios, descongestionantes).</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica em caso de PA persistentemente elevada ou sintomas associados (cefaleia intensa, tontura, dor torácica).</li> </ul>
	Perfusão tissular periférica, prejudicada	Perfusão tissular periférica preservada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar: temperatura, coloração da pele, tempo de preenchimento capilar, presença de pulsos periféricos.</li> <li>- Verificar presença de dor em repouso, claudicação intermitente, cianose, palidez, edema ou extremidades frias.</li> <li>- Aferir e monitorar pressão arterial e controle glicêmico.</li> <li>- Avaliar sinais de neuropatia e comprometimento vascular (unhas quebradiças, ausência de pelos, pele ressecada).</li> <li>- Estimular prática de atividade física leve para promover circulação, conforme capacidade do paciente.</li> <li>- Avaliar o Índice Tornozelo-Braço (ITB), para rastrear DAP (Doença Arterial Periférica).</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica em caso de sinais de isquemia, úlceras, ITB alterado ou ausência de pulsos periféricos.</li> <li>- Orientar sobre os riscos do tabagismo para a circulação periférica.</li> <li>- Monitorar aderência ao tratamento prescrito (antidiabéticos, anti-hipertensivos, antiplaquetários, estatinas).</li> <li>- Realizar encaminhamento para avaliação vascular, se necessário.</li> </ul>
<b>EXERCÍCIO FÍSICO/ CONDICIONAMENTO FÍSICO</b>	Adesão ao regime de exercício físico	Adesão ao regime de exercício físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar hábitos atuais de atividade física e limitações.</li> <li>- Orientar sobre os benefícios do exercício na gestão do diabetes e prevenção de complicações.</li> <li>- Estratégias para superar barreiras.</li> </ul>

	Fadiga	Controle/melhora da fadiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar intensidade, frequência e fatores desencadeantes.</li> <li>- Verificar condições associadas (controle glicêmico, anemia, sono, dor, depressão).</li> <li>- Orientar sobre importância do descanso adequado e higiene do sono.</li> <li>- Incentivar prática gradual e regular de exercícios físicos conforme tolerância.</li> <li>- Promover alimentação equilibrada e hidratação adequada.</li> </ul>
<b>ESTILO DE VIDA/ COMPORTAMENTO DE SAÚDE</b>	Abuso de tabaco (ou de Fumo)	Abuso de Tabaco, diminuído ou interrompido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o padrão e intensidade do consumo de tabaco.</li> <li>- Orientar sobre benefícios da cessação do tabagismo para a saúde e controle da doença.</li> <li>- Identificar barreiras e motivadores para a cessação.</li> <li>- Encaminhar para programas de cessação do tabagismo ou grupos de apoio.</li> </ul>
	Abuso de álcool (ou alcoolismo)	Abuso de Álcool, diminuído ou interrompido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar padrão e frequência do consumo de álcool.</li> <li>- Estimular a busca por mudanças comportamentais e estratégias de enfrentamento saudáveis.</li> <li>- Encaminhar para grupos de apoio, psicólogo ou serviço especializado em dependência química.</li> </ul>
	Condição oral (ou bucal), prejudicada	Condição oral (ou bucal) melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a cavidade oral (lesões, gengivite, sangramentos, xerostomia, cáries e próteses mal ajustadas).</li> <li>- Orientar sobre a relação entre diabetes descompensado e aumento do risco de infecções bucais.</li> <li>- Encaminhar para avaliação odontológica regular.</li> </ul>
	Não adesão ao regime de imunização	Adesão ao regime de imunização	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar situação vacinal atual da pessoa com base no calendário do Programa Nacional de Imunização.</li> <li>- Informar sobre a importância da imunização.</li> <li>- Agendar ou encaminhar para a unidade de vacinação e reforçar a importância do retorno.</li> <li>- Estimular vacinação no adulto.</li> </ul>
<b>SEXUALIDADE</b>	Desempenho sexual, prejudicado	Desempenho sexual melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar alterações sexuais relatadas (disfunção erétil, diminuição da libido, dor, insatisfação).</li> <li>- Orientar sobre a relação entre controle glicêmico e função sexual.</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica (urologia, ginecologia ou endocrinologia), e psicologia, se necessário.</li> </ul>

<b>COGNIÇÃO</b>	Cognição, prejudicada	Cognição melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o grau de comprometimento cognitivo (memória, atenção, linguagem, raciocínio).</li> <li>- Identificar fatores que contribuem: hipoglicemia frequente, hiperglicemia, medicamentos, idade, doenças associadas.</li> <li>- Observar capacidade para compreender e seguir orientações de saúde.</li> <li>- Envolver cuidadores ou familiares nas orientações, quando necessário.</li> <li>- Reforçar orientações importantes em todas as consultas.</li> </ul>
<b>PSICOLÓGICO/ EMOCIONAL/ COMPORTAMENTAL</b>	Estresse	Estresse melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar fontes e intensidade do estresse.</li> <li>- Incentivar prática regular de atividade física.</li> <li>- Orientar sobre a influência do estresse no controle do diabetes.</li> <li>- Orientar sobre a importância da inclusão social (comunidade, igreja).</li> <li>- Encaminhamento para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, se necessário.</li> </ul>
	Aceitação da condição de saúde, prejudicada	Aceitação da condição de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar como o paciente percebe e reage ao diagnóstico de diabetes.</li> <li>- Identificar sentimentos como negação, raiva, culpa ou desânimo relacionados à condição.</li> <li>- Fornecer informações sobre o diabetes, tratamento e autocuidado, de acordo com o nível de compreensão.</li> <li>- Reforçar o papel ativo do paciente no controle da doença.</li> </ul>
<b>SOCIOECONÔMICO</b>	Problema habitacional	Apoio ao problema habitacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar condições de moradia: ausência de casa, habitação inadequada, insalubridade, superlotação ou risco social.</li> <li>- Avaliar impacto das condições habitacionais sobre o controle do diabetes (armazenamento de insulina, alimentação, higiene).</li> <li>- Encaminhar para equipe de assistência social.</li> <li>- Realizar visitas domiciliares, se for possível e indicado, em parceria com a equipe multiprofissional.</li> </ul>
	Problema financeiro	Apoio ao problema financeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar barreiras econômicas que afetam o cuidado (acesso a medicamentos, alimentação adequada, transporte, consultas).</li> <li>- Verificar se a pessoa está cadastrada em programas de assistência farmacêutica gratuita.</li> <li>- Orientar sobre direitos garantidos pelo SUS para pessoas com diabetes (insumos, exames, atendimentos).</li> </ul>

<b>EDUCACIONAL</b>	Problema de literacia	Problema de literacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o nível de compreensão do paciente sobre sua condição, tratamento e orientações de saúde.</li> <li>- Identificar dificuldades em ler, interpretar ou seguir instruções escritas, rótulos de medicamentos, receitas.</li> <li>- Utilizar linguagem simples, direta e acessível em todas as orientações.</li> <li>- Utilizar recursos visuais para facilitar a compreensão.</li> <li>- Demonstrar procedimentos (aplicação de insulina, uso de glicosímetro).</li> <li>- Confirmar a compreensão usando a técnica de <i>teach-back</i> (ensinar de volta).</li> <li>- Envolver familiares ou cuidadores no processo educativo, quando necessário.</li> </ul>
	Cognição, Prejudicada	Cognição, Prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o grau de comprometimento cognitivo (memória, atenção, linguagem, raciocínio).</li> <li>- Identificar fatores que contribuem: hipoglicemia frequente, hiperglicemia, medicamentos, idade, doenças associadas.</li> <li>- Observar capacidade para compreender e seguir orientações de saúde.</li> <li>- Envolver cuidadores ou familiares nas orientações, quando necessário.</li> <li>- Reforçar orientações importantes em todas as consultas</li> </ul>
<b>FAMILIAR/SOCIAL</b>	Falta de apoio social	Falta de apoio social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a rede de apoio familiar, comunitária e social do paciente.</li> <li>- Identificar barreiras para o acesso ao apoio social (isolamento, dificuldades financeiras, distância).</li> <li>- Estimular o paciente a estabelecer ou fortalecer vínculos sociais e familiares.</li> <li>- Orientar familiares e cuidadores sobre a importância do suporte contínuo no manejo do diabetes.</li> </ul>
<b>ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE</b>	Crença espiritual, conflituosa	Crença espiritual, conflituosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a reflexão sobre formas de fé que fortaleçam o autocuidado e o bem-estar.</li> </ul>
	Crença religiosa, conflituosa	Crença religiosa, conflituosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar falas ou comportamentos que indiquem sentimentos de culpa, punição ou negação da doença com base na fé.</li> <li>- Incentivar busca por apoio espiritual ou religioso que estimulem o cuidado com a saúde.</li> </ul>

Nota: AMGC= Automonitoramento da glicemia capilar; HbA1c= Hemoglobina glicada; GC= Glicemia capilar; PA= Pressão Arterial; FC= Frequência Cardíaca; FR= Frequência Respiratória; TFGe= Taxa de Filtração Glomerular estimada; IMC= Índice de Massa Corporal; GI= Gastrointestinal; ITB= Índice Tornozelo-Braço; RCV= Risco Cardiovascular DAP= Doença Arterial Periférica.

Fonte: Autores (2025).

A Etapa 4- Implementação de Enfermagem deverá ser sistematizada, mediante as ações realizadas pelo enfermeiro com base nas necessidades de saúde identificadas, nos diagnósticos de enfermagem formulados e nos resultados esperados a serem alcançados no cuidado à pessoa com DM na APS. As intervenções foram previamente planejadas na etapa de planejamento, conforme preconiza o PE, o que assegura coerência entre a avaliação clínica, o julgamento diagnóstico e a escolha das ações. Essa sistematização permite que a prática clínica seja conduzida de forma lógica, planejada e individualizada, além de favorecer a tomada de decisão clínica e o acompanhamento qualificado, o que contribui para a integralidade do cuidado e para o alcance de metas terapêuticas pactuadas com a pessoa.

O Quadro 11, correspondente a Etapa 5- Evolução de Enfermagem, apresenta os principais indicadores clínicos utilizados para o monitoramento e avaliação contínua da condição de saúde da pessoa com DM na APS. Essa etapa contempla parâmetros laboratoriais e antropométricos, a ocorrência de complicações, assim como aspectos relacionados à adesão ao tratamento, autocuidado, compreensão sobre a doença e qualidade de vida. A sistematização desses indicadores subsidia o processo decisório clínico e possibilita ajustes no plano de cuidados, de forma responsiva às necessidades da pessoa acompanhada. Além disso, fundamenta o registro de enfermagem com base em evidências, com vistas ao fortalecimento da continuidade da assistência e a comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional.

Quadro 11 - Etapa 5: Evolução de Enfermagem- Indicadores monitorados e avaliados. Alfenas, MG, 2025.

Indicador Clínico	Monitoramento e avaliação
HbA1c	< 7,0% ou conforme perfil
PA	< 140/90 mmHg (ou < 130/80 para RCV elevado)
LDL	Risco Muito Alto (DCV estabelecida): < 50 mg/dL; Risco Alto (DM tipo 1 ou 2 com $\geq 1$ fator de risco ou lesão de órgão-alvo): < 70 mg/dL; Risco Intermediário (DM tipo 2 > 40 anos ou DM tipo 1 > 30 anos, sem outros fatores de risco): < 100 mg/dL; Risco Baixo: <130 mg/dL.
HDL	> 40 mg/dL (homens) e >50 mg/dL (mulheres)
Triglicerídeos	<150 mg/dL (desejável)
IMC	18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup>
Circunferência abdominal	Circunferência $\leq 80$ cm (mulheres) e $\leq 94$ cm (homens)
Complicações	Hipoglicemia, hiperglicemia, retinopatia, nefropatia e pé diabético
Adesão ao tratamento	Medicamentoso e não medicamentoso
Autocuidado	Eficaz ou Ineficaz
Compreensão	Conhecimento sobre a doença, tratamento e cuidados com a saúde
Qualidade de vida	Psicobiológica, psicossocial e psicocultural)
<b>AJUSTAR PLANO:</b>	
<b>REGISTRO DE ENFERMAGEM:</b>	

Fonte: Autores (2025).

### 7.1.5 Construção do protocolo com enfermeiros nos grupos de convergência

A construção coletiva do protocolo ocorreu em três GC, fundamentados nos pressupostos da PCA e na TNHB. Esses espaços favoreceram a imersão crítica, a dialogicidade e a horizontalidade entre enfermeiros da APS e a equipe de pesquisa, o que permitiu discussões e aprofundamento do conhecimento ao articular literatura, prática assistencial e experiência profissional.

Nos encontros, partiu-se de um modelo preliminar do protocolo, descrito no subitem 7.1.4 “Elaboração da proposta inicial do protocolo”, como referência para análise crítica e proposições. A discussão foi norteada por dois questionamentos centrais: “Qual a contribuição do protocolo para a consulta de enfermagem à pessoa com DM?” e “O que deve ser contemplado para garantir aplicabilidade e resolutividade no município?”

As contribuições se concentraram em seis eixos: 1) Sistematização da consulta com base no Processo de Enfermagem; 2) Instrumentos claros para avaliação clínica; 3) Diagnósticos de enfermagem segundo CIPE® (2019-2020); 4) Apoio à decisão clínica com planos individualizados; 5) Intervenções educativas, clínicas e participativas viáveis no território; e 6) Organização visual prática (*checklists*, quadros-resumo).

A estrutura final do protocolo manteve a organização pelas cinco etapas do Processo de Enfermagem, integrando domínios psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, contemplando: Avaliação: histórico e exame físico sistematizados; Diagnósticos de Enfermagem: CIPE®, organizados por foco, julgamento e código; Planejamento: resultados esperados e intervenções específicas; Implementação: ações educativas, clínicas, participativas e de encaminhamento; e Evolução: indicadores clínicos, funcionais e comportamentais.

A saturação teórica foi atingida no terceiro GC, momento em que se observou estabilidade e recorrência das informações, consolidando a versão final do Protocolo de Consulta de Enfermagem à pessoa com DM na APS.

#### 7.1.5.1 Construção participativa do protocolo: primeiro grupo de convergência

O primeiro GC foi realizado em 23/05/2025, com duração de 2h e com a participação de seis enfermeiros. O objetivo foi apresentar o modelo de protocolo inicial, com vistas a nortear a discussão e a elaboração da 1ª etapa do PE- Histórico de Enfermagem, estruturado pela TNHB nas necessidades psicobiológicos, psicossociais, psicoespirituais e o domínio do conhecimento, percepção e necessidades relacionadas ao diabetes (Quadro 12).

Quadro 12- Primeiro grupo de convergência- Histórico de enfermagem (identificação e anamnese). Alfenas, MG, 2025.

<b>PRIMEIRO GRUPO DE CONVERGÊNCIA</b>			
<b>Data:</b> 23/05/2025			
<b>Duração:</b> 2h			
<b>Participantes:</b> 6 enfermeiros			
<b>Fase do GC: 4 R's" (Reconhecimento, Revelação, Repartir e Repensar)</b>			
<b>Momento/Foco do encontro</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais contribuições dos enfermeiros</b>	<b>Exemplos extraídos das notas de campo</b>
<b>Abertura e contextualização</b> - Apresentação inicial do objetivo do estudo; - Explicação breve sobre o referencial da PCA; - Entrega impressa do modelo preliminar do protocolo (itens a contemplar).	Compreender a importância da construção coletiva do protocolo e alinhar expectativas do grupo.	Etapa de sensibilização inicial, caracterizada pelo acolhimento do grupo e pela ausência de proposições técnicas.	<b>NO:</b> “Participantes demonstraram atitude proativa, interesse pela temática e bom vínculo estabelecido com as pesquisadoras.”  <b>NO:</b> “Ambiente organizado em círculo, calmo e favorável às discussões lineares e participativas.”
<b>Discussão</b> - 1ª etapa do PE: Histórico de Enfermagem- <b>Identificação</b> , estruturado pela TNHB (necessidades psicobiológicas,	Elaborar itens e subitens necessários para compor a identificação.  Adequar o protocolo à realidade local,	<b>- Tipo de consulta (programada, demanda espontânea, transferência ou outra):</b> necessidade de diferenciar o contexto do atendimento.  <b>- Número do prontuário/cadastro na unidade:</b> assegura a vinculação ao prontuário físico.  <b>- Dados pessoais (nome completo; endereço completo; contato telefônico; naturalidade/UF; data de nascimento; idade):</b> reforço da importância de contemplar dados básicos para localização e caracterização da pessoa atendida.	<b>ND:</b> “Discussão coletiva sobre o tipo de consulta”.  <b>ND:</b> “Importante colocarmos o número do prontuário, para o anexo ao prontuário físico”.  <b>NC:</b> “Esses dados pessoais em campo aberto facilita a

psicossociais, psicoespirituais)	garantindo uma abordagem integral do cuidado.	<p><b>-No item sexo (masculino, feminino e prefere não informar):</b> inclusão de opção que respeite diversidade e equidade.</p> <p><b>- Na raça/cor (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), como você se identifica:</b> estratificação conforme utilizada em sistemas oficiais de informação em saúde.</p> <p><b>- Estado civil (casado, divorciado, solteiro e união estável):</b> padronização para garantir comparabilidade entre registros.</p> <p><b>- Item ocupação/profissão (campo aberto):</b> reconhecimento da relevância para compreensão das condições de vida e exposição a fatores de risco.</p> <p><b>- Nível de escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo):</b> estratificação definida coletivamente, visando caracterizar nível educacional de forma detalhada e padronizada.</p>	<p>consulta para nós e são importantes”.</p> <p><b>ND:</b> “Discussão coletiva acerca dos subitens do item sexo”.</p> <p><b>NC:</b> “Nas nossas áreas de abrangência, essa estratificação de raça/cor é contemplada”.</p> <p><b>ND:</b> “Discussão coletiva sobre os subitens do estado civil”.</p> <p><b>ND:</b> “Discussão coletiva sobre a estratificação do nível de escolaridade”.</p>
<p><b>Discussão</b> - 1ª etapa do PE: Histórico de Enfermagem, <b>Anamnese</b>, estruturado pela dimensão <b>Necessidades psicobiológicas</b>, da TNHB</p>	<p>Definir itens e subitens da anamnese na dimensão da necessidade psicobiológica.</p> <p>Adequar o protocolo à realidade local, garantindo uma</p>	<p><b>- Queixa principal (campo aberto para relato da pessoa atendida):</b> permite compreender a demanda inicial e direcionar o cuidado.</p> <p><b>- História da Doença Atual (HDA) (tempo de diagnóstico: &lt;1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; &gt;10 anos; não sabe/não informado):</b> importante para avaliar estágio da doença, experiência prévia com tratamento e riscos associados.</p> <p><b>- Fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo, obesidade (circunferência abdominal), sedentarismo, histórico familiar de DAC precoce, albuminúria/proteinúria, hemoglobina glicada (HbA1c &gt; 7%):</b> identificação precoce de riscos associados ao diabetes e condições que</p>	<p><b>ND:</b> “O paciente precisa ter espaço para contar com as próprias palavras o que o trouxe na consulta.”</p> <p><b>NC:</b> “Às vezes o paciente nem lembra o ano certinho, então o ‘não sabe’ ajuda muito.”</p> <p><b>ND:</b> “Precisamos detalhar os fatores de risco porque isso</p>

	<p>abordagem integral do cuidado.</p>	<p>influenciam o prognóstico. Inclusão de subitem “não sabe” para ampliar a precisão do registro e do subitem emergência hipertensiva.</p> <p>- <b>Tratamento medicamentoso e adesão ao tratamento (Registro de medicamento, dose, horário, via de administração e se a pessoa sabe utilizar):</b> avaliar adesão terapêutica, identificar falhas no uso de insulina/medicação oral e orientar o autocuidado.</p> <p>- <b>Sintomas atuais/intercorrências recente (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, visão turva, prurido, fadiga/cansaço, infecções de repetição, hipo/hiperglicemia, hospitalizações:</b> facilita monitoramento clínico, avaliação de complicações e registro da evolução desde a última consulta.</p> <p>- <b>Automonitorização da glicemia (frequência- não realiza, 1x/dia, 2x/dia, &gt;2x/dia); horários habituais; valores informados):</b> avaliar práticas de autocuidado, frequência da monitorização e barreiras para o automonitoramento.</p> <p>- <b>Histórico familiar (doenças- diabetes <i>mellitus</i>, hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardiovascular, acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, obesidade, câncer (tipo), outros (especificar)):</b> permite identificar predisposição genética, fatores ambientais e riscos adicionais à saúde.</p> <p><b>Estilo de vida:</b></p> <p>- <b>Alimentação- Padrão alimentar (regular, com refeições balanceadas; irregular/pula refeições; alimentação rica em carboidratos simples; consome verduras e legumes; consome alimentos por impulso/fome emocional; faz dietas restritivas sem orientação; Ingere líquidos: &lt; 1 litro/dia, 1 a 2 litros/dia, &gt; 2 litros/dia e qual o tipo: água, sucos, refrigerantes, outros); bem como fatores relacionados a dificuldade</b></p>	<p>muda totalmente nossa conduta.”</p> <p><b>ND:</b> “Discussão coletiva sobre importância de acrescentar no item observações dos fatores de risco cardiovascular, emergência hipertensiva”.</p> <p><b>NA:</b> “Na prática percebemos que as pessoas com diabetes não sabem se albuminúria/proteinúria e hemoglobina glicada estão alteradas”.</p> <p><b>NA:</b> “Muitos não sabem o nome do remédio, mas sabem a cor ou o horário, isso precisa estar previsto.”</p> <p><b>ND:</b> “Discussão em grupo sobre definir os principais sintomas atuais e intercorrências recentes, desde a última consulta”.</p> <p><b>ND:</b> “Se não perguntarmos sobre hipoglicemia, eles não falam, mas isso muda muito a conduta.”</p>
--	---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><b>com a alimentação (sim, não, se sim, quais motivos: pessoa que prepara os alimentos; sem apetite; não sabe sobre alimentos que podem ser substituídos; não sabe sobre a quantidade que pode comer; muitas restrições; outros motivos); Acompanhamento nutricional (sim, não, esporádico, adesão a dieta prescrita):</b> permite avaliar hábitos alimentares, dificuldades e nível de suporte profissional, o que subsidia intervenções educativas e nutricionais.</p> <p>- <b>Atividade física- Realiza atividade física (regularmente-sim, não, há pouco tempo; Tipo de atividade praticada- caminhada, corrida, bicicleta, dança, musculação, yoga/pilates, natação, outra); frequência semanal (1x/semana, 2 a 3x/semana, 4 a 5 x/semanas, diariamente); duração média por sessão (&lt;30 minutos, 30-60 minutos, &gt;60 minutos); e barreiras para prática (se não pratica) (falta de tempo, falta de motivação, problemas de saúde/dor, falta de apoio, outros):</b> identificar padrões e barreiras favorece a elaboração de estratégias de incentivo.</p> <p>- <b>Sono e repouso- qualidade do sono percebida (boa- acorda revigorado, sem dificuldades para dormir; regular- acorda algumas vezes durante a noite ou demora para adormecer; ruim- dificuldades constantes para dormir ou acorda frequentemente durante a noite; muito ruim- insônia ou outros distúrbios graves do sono); e uso de medicamentos para dormir (sim, se sim, quais medicamentos; não, uso ocasional de medicamentos sem prescrição):</b> a avaliação favorece orientações sobre higiene do sono.</p> <p>- <b>Tabagismo- fuma atualmente (sim, se sim, qual o tipo? cigarro filtro/industrializado, cigarro de palha/artesanal, cigarro eletrônico, outro; não), Carga tabágica (cigarro/dia) (menos de 5, 5 a 10, 11 a 20, mais de 20); Há quanto tempo você fuma (&lt; 1 ano, 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, &gt; 10 anos); Você tem interesse em parar de fumar (sim, não, talvez); e Quais foram as dificuldades encontradas nas tentativas de</b></p>	<p><b>ND:</b> “Muitos pacientes que medem, não sabem interpretar os valores, precisamos registrar isso também.”</p> <p><b>ND:</b> “O histórico familiar ajuda a gente a trabalhar prevenção com toda a família, não só com o paciente.”</p> <p><b>ND:</b> “Discussão acerca do padrão alimentar e do acompanhamento com nutricionista”.</p> <p><b>NC:</b> “Pacientes relatam pular refeições e substituí-las por lanches rápidos”; “Alguns afirmaram seguir dieta prescrita de forma irregular.”</p> <p><b>ND:</b> “Convergência entre os enfermeiros sobre a importância de acrescentar natação, uma vez que o município conta com piscina pública disponível”.</p> <p><b>ND:</b> “Muitos justificam a falta de tempo ou dor como</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><b>cessação (vontade de fumar/ compulsão, estresse/ ansiedade, ganho de peso, falta de apoio, outros (especificar)):</b> avaliação do hábito tabágico, possibilita intervenções personalizadas e aconselhamento breve.</p> <p><b>- Uso de álcool- Consume bebidas alcoólicas (sim, não) e Frequência de consumo (diariamente, 3 a 4 vezes por semana, 1 a 2 vezes por semana, menos de uma vez por semana, somente em eventos sociais):</b> o álcool pode impactar negativamente no controle metabólico e interagir com medicamentos, o que exige monitoramento.</p> <p><b>Autocuidado (avaliação- independente, parcialmente dependente e depende):</b></p> <p><b>- Alimentação (alimentar de forma segura: mastigar, engolir, manusear utensílios, cortar alimentos e levar à boca):</b> necessidade de avaliar a segurança e a autonomia, além do padrão alimentar, para identificar riscos funcionais.</p> <p><b>- Vestuário (colocar e tirar roupas, escolher, pegar e guardar roupas, vestir-se de forma adequada):</b> importância de identificar limitações motoras que interferem na autonomia.</p> <p><b>- Higiene pessoal (lavar o corpo ou partes do corpo, utilizar itens de higiene, secar-se, acessar o banheiro com segurança. Realizar escovação dentária e limpeza da cavidade oral ou próteses, manusear escova e creme, acessar o banheiro. Realizar necessidades urinárias e evacuatórias em vaso sanitário, realizar higiene íntima, dar descarga, acessar o banheiro adequadamente):</b> avaliar a integralidade da higiene para identificar riscos de quedas, infecções e autocuidado negligenciado.</p> <p><b>- Atividades do autocuidado em diabetes (Administrar os medicamentos; automonitorar a glicemia; usar transporte; realizar</b></p>	<p>impedimento para a atividade física.”</p> <p><b>ND:</b> “Relatos de despertares frequentes e uso de remédios sem prescrição”; “Queixa de fadiga matinal.”</p> <p><b>NC:</b> “Fumantes relatam ansiedade como barreira para cessação”; “Alguns demonstraram interesse em parar, mas sem apoio social.”</p> <p><b>ND:</b> “Muitos pacientes descrevem o consumo de álcool como social”.</p> <p><b>ND:</b> “Relato de dificuldade para preparar alimentos.”</p> <p><b>ND:</b> “Pacientes relatam que precisam de ajuda para abotoar camisas, calças sapatos.”</p> <p><b>ND:</b> “Pacientes relatam dificuldade em higienizar a cavidade oral devido à prótese mal adaptada.”</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><b>compras; controlar o dinheiro):</b> reconhecido como eixo fundamental, pois envolve competências diretamente relacionadas ao controle do DM.</p> <p><b>- Deambulação e mobilidade (locomover de forma segura dentro e fora de casa, com ou sem dispositivos auxiliares):</b> identificar limitações funcionais e prevenir quedas, favorecendo planejamento de intervenções.</p> <p><b>- Vacinação (avaliação da caderneta vacinal; vacinas recomendadas):</b> permite identificar lacunas, atualizar esquemas conforme PNI e protocolos específicos e reforçar a autonomia do usuário; contribui para melhor acompanhamento longitudinal, garantindo segurança e continuidade da assistência).</p> <p><b>- Vida sexual (tem vida sexual ativa; queixas ou alterações na vida sexual):</b> favorece o reconhecimento de sintomas que podem estar subnotificados; permite intervir precocemente, oferecer suporte clínico e psicossocial e encaminhar, quando necessário, para serviços especializados.</p> <p><b>- Exames laboratoriais (glicemia de jejum, HbA1C, colesterol total, LDL, HDL, triglicérides, creatinina sérica, relação albumina/Creatinina ou microalbuminúria, TSH, urina 1, outro):</b> favorece acompanhamento longitudinal e organização do cuidado; avalia controle glicêmico de curto prazo e a estratificação do risco cardiovascular; importante para detecção precoce da nefropatia diabética.</p> <p><b>- Uso de insulina (início de tratamento com insulina; autoaplicação da insulina; dificuldades para autoaplicação; dose inicial e tipo de insulina prescrita, faz uso de seringa de 50/100 UI ou caneta descartável/recarregável; houve orientação sobre os tipos de insulina (rápida, NPH); houve demonstração da técnica de aplicação; houve orientação sobre armazenamento adequado da insulina; houve</b></p>	<p><b>ND:</b> “Algumas pessoas relatam não saber aplicar a insulina sozinhos”; “Outros não lembram o horário exato da medicação.”</p> <p><b>ND:</b> “Alguns pacientes relatam medo de cair ao andar na rua, mesmo usando bengala.”</p> <p><b>ND:</b> “Nem sempre o histórico vacinal está completo no prontuário, e isso atrapalha o acompanhamento.” “O protocolo precisa indicar de forma clara as vacinas prioritárias para pessoas com diabetes.”</p> <p><b>ND:</b> “Precisamos perguntar de forma acolhedora para identificar queixas e orientar sobre essa questão da vida sexual.” “A inclusão desse item no protocolo legitima nossa abordagem, porque muitas vezes deixamos de perguntar.”</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><b>explicação sobre sinais e sintomas de hipoglicemia; houve explicação de como agir em caso de hipoglicemia leve/moderada; houve orientação sobre a importância da alimentação e atividade física; foi fornecido insumo (agulhas, seringas, canetas); descarte dos insumos (seringas, agulhas e lancetas); presença de lipodistrofia):</b> permite acompanhar evolução terapêutica e adequar condutas; possibilita intervenção educativa diante de barreiras; essencial para prevenção e manejo de complicações graves; previne complicações locais e garante maior segurança terapêutica; organiza logística e reduz riscos de acidentes com perfurocortantes.</p>	<p><b>NC:</b> “Exames básicos que sempre norteiam a conduta inicial.”</p> <p><b>ND:</b> “Sem a HbA1c não conseguimos avaliar o controle real do paciente.” “É frequente a alteração lipídica, mas nem sempre o resultado está registrado.”</p> <p><b>NC:</b> “Registrar a data ajuda a correlacionar com mudanças clínicas.”</p> <p><b>ND:</b> “Muitos guardam de forma inadequada, comprometendo a insulina.” “É frequente encontrarmos lipodistrofia em abdômen e braços por falta de rodízio.”</p>
<p><b>Discussão</b> - 1ª etapa do PE: Histórico de Enfermagem, <b>Anamnese</b>, estruturado pela dimensão <b>Necessidades psicossociais</b>, da TNHB</p>	<p>Definir itens e subitens da anamnese na dimensão da necessidade psicossocial.</p> <p>Adequar o protocolo à realidade local, garantindo uma</p>	<p><b>Aspectos psicossociais:</b> - <b>Estado emocional/estresse (como você tem se sentido emocionalmente nos últimos dias; você já foi diagnosticado com algum transtorno emocional (ansiedade, depressão); você já recebeu ou está recebendo tratamento para esses transtornos emocionais; como o seu estado emocional influencia no seu controle do diabetes:</b> permite identificar alterações emocionais (ansiedade, tristeza, depressão) que interferem no controle do DM; permite avaliar adesão ao cuidado e integração com outros serviços de saúde.</p>	<p><b>ND:</b> “Muitos pacientes relatam estar tristes ou ansiosos, mas isso não fica registrado.”</p> <p><b>NT:</b> “Ampliar abordagem sobre espiritualidade, pois afeta adesão e autocuidado.”</p> <p><b>NO:</b> “A maioria reconhece que o emocional atrapalha a glicemia.”</p>

	<p>abordagem integral do cuidado.</p>	<p>- <b>Suporte social e familiar (você tem o apoio de familiares, amigos ou cuidador no cuidado com seu diabetes; como seus familiares ou amigos te ajudam no controle do diabetes):</b> identifica rede de apoio e fortalece estratégias de corresponsabilização.</p> <p>- <b>Atividades de lazer e convívio social (participação em atividades de lazer):</b> avalia o impacto do diabetes na vida social e bem-estar.</p> <p>- <b>Impacto do diabetes na vida social, profissional e familiar:</b> detecta prejuízos no desempenho e vínculos laborais; avalia repercussões nas relações interpessoais.</p> <p>- <b>Contexto socioeconômico (situação de moradia, acesso a serviços de saúde, dificuldade financeira para tratamento, dificuldade em adquirir alimentos saudáveis, acesso a transporte para consultas/exames):</b> permite identificar vulnerabilidade social que interfere no cuidado; reconhece limitações para aquisição de medicamentos e insumos.</p>	<p><b>NC:</b> “O apoio da família faz diferença, especialmente no uso da insulina e na alimentação.”</p> <p><b>ND:</b> “Alguns pacientes vivem em condições precárias, dificultando o autocuidado.”</p> <p><b>ND:</b> “O preço dos alimentos saudáveis é um problema frequente.”</p>
<p><b>Discussão</b> - 1ª etapa do PE: Histórico de Enfermagem, <b>Anamnese</b>, estruturado pela dimensão <b>Necessidades psicoespirituais</b>, da TNHB</p>	<p>Definir itens e subitens da anamnese na dimensão da necessidade psicoespirituais.</p> <p>Adequar o protocolo à realidade local, garantindo uma abordagem integral do cuidado.</p>	<p><b>Aspectos culturais e espirituais:</b> - <b>Religiosidade e/ou Espiritualidade (você segue alguma religião ou prática espiritual; como essas práticas religiosas ou espirituais influenciam seu bem-estar e saúde):</b> reconhecimento da importância da espiritualidade e religiosidade como recurso subjetivo no enfrentamento do diabetes.</p>	<p><b>ND:</b> “Muitos pacientes dizem que a fé ajuda a aceitar a doença e continuar o tratamento.” “Os pacientes relatam que a espiritualidade dá força e esperança para continuar.”</p>

<p><b>Discussão</b></p> <p>- 1ª etapa do PE: Histórico de Enfermagem, <b>Anamnese</b>, estruturado pelo domínio <b>conhecimento, percepção e necessidades relacionadas ao diabetes</b></p>	<p>Definir itens e subitens da anamnese no domínio conhecimento, percepção e necessidades relacionadas ao diabetes.</p> <p>Adequar o protocolo à realidade local, garantindo uma abordagem integral do cuidado.</p>	<p><b>Avaliação do conhecimento e percepção sobre o diabetes <i>mellitus</i>:</b></p> <p>- <b>Avaliação do nível de conhecimento (o que você sabe sobre o diabetes; como você acredita que o diabetes afeta o seu corpo e a sua saúde):</b> identificar a compreensão do paciente sobre a doença, complicações e sinais de alerta.</p> <p>- <b>Conhecimento sobre tratamento (você sabe como controlar o diabetes; você entende como a alimentação e o exercício físico podem ajudar no controle do diabetes):</b> avaliar entendimento sobre uso de medicamentos e manejo clínico; reconhecer se o paciente associa hábitos de vida saudáveis ao controle glicêmico.</p> <p>- <b>Compreensão sobre automonitorização (você sabe como monitorar sua glicemia corretamente):</b> avaliar técnica e segurança no uso do glicosímetro.</p> <p>- <b>Adesão ao tratamento e autocuidado (você se sente capaz de seguir o tratamento recomendado (medicação, dieta, exercícios); você tem dúvidas sobre como fazer o controle da glicemia, os horários e as doses dos medicamentos):</b> identificar barreiras pessoais, emocionais e práticas na adesão; permite esclarecer dificuldades específicas e prevenir erros no tratamento.</p>	<p><b>ND:</b> “Poucos têm clareza sobre o risco de amputação, cegueira, problemas renais.”</p> <p><b>ND:</b> “Alguns usam o remédio, mas não sabem para quê.”</p> <p><b>ND:</b> “As dúvidas sobre horário e dose são muito frequentes.”</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Autores (2025).

No **domínio I** das necessidades psicobiológicas, a primeira seção do **Histórico de Enfermagem** discutida e construída coletivamente correspondeu à **Identificação**. Esse bloco foi estruturado com os seguintes elementos: **tipo de consulta**, categorizado em programada, demanda espontânea, transferência ou outra; **número do prontuário/cadastro na unidade**, para assegurar o vínculo do registro ao prontuário físico; e dados pessoais, que contemplam **nome completo, endereço completo, contato telefônico, naturalidade/UF, data de nascimento e idade**.

No campo **sexo**, definiu-se a inclusão das opções masculino, feminino e prefere não informar, respeitando princípios de equidade e diversidade. Para o item **raça/cor**, adotou-se a estratificação oficial utilizada no Sistema de Informação em Saúde: branco, preto, pardo, amarelo e indígena; e a pergunta como você se identifica. Quanto ao **estado civil**, estabeleceu-se a classificação em casado, divorciado, solteiro e união estável. Considerou-se também a relevância do registro da **ocupação/profissão**, por sua relação direta com condições de vida e exposição a fatores de risco. Por fim, o **nível de escolaridade** foi subdividido em: sem escolaridade; ensino fundamental incompleto e completo; ensino médio incompleto e completo; ensino superior incompleto e completo.

Essa definição coletiva dos itens e subitens buscou contemplar informações sociodemográficas essenciais para a caracterização da pessoa com diabetes, ao mesmo tempo em que favorece a padronização e a integralidade do registro de enfermagem.

A segunda seção discutida no **Histórico de Enfermagem** correspondeu à **Anamnese**, estruturada no domínio necessidades psicobiológicas da TNHB. É considerada no protocolo como eixo inicial da consulta, sua finalidade é levantar informações clínicas e subjetivas fundamentais para a compreensão integral da pessoa com DM. A construção deste bloco resultou da análise de protocolos municipais e nacionais de enfermagem, além da discussão coletiva nos grupos de convergência com os enfermeiros da APS, os quais reforçaram a necessidade de contemplar elementos que possibilitem caracterizar a condição clínica, identificar fatores de risco e subsidiar decisões de cuidado individualizado e contextualizado a realidade local.

A **Queixa Principal (QP)** foi mantida como campo aberto, de modo a permitir que a pessoa expresse, em suas próprias palavras, o motivo da consulta. Essa estratégia respeita a subjetividade da pessoa, valoriza sua narrativa e direciona a condução da entrevista clínica.

A **História da Doença Atual (HDA)** contemplou, o **tempo de diagnóstico**, categorizado em intervalos cronológicos (< 1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; > 10 anos; não sabe/não informado). Essa estratificação foi considerada relevante por possibilitar a estimativa

da experiência da pessoa com a doença e a identificação de complicações associadas à cronicidade. Os enfermeiros observaram que, em muitos casos, a pessoa não se lembra da data exata do diagnóstico, o que justificou a inclusão da opção “não sabe/não informado” para garantir maior fidedignidade ao registro.

No que tange aos **fatores de risco cardiovascular**, optou-se por incluir aqueles reconhecidos pela literatura científica e diretrizes nacionais e internacionais, associados a maior morbimortalidade entre pessoas com DM.

Foram contemplados, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada presente quando a Pressão Arterial (PA)  $\geq 140/90$  mmHg ou em uso de anti-hipertensivo. O parâmetro foi definido com base nas recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da SBD, por ser limiar clínico utilizado na prática assistencial para diagnóstico e acompanhamento; a dislipidemia, definida como LDL  $\geq 100$  mg/dL, HDL  $< 40$  mg/dL em homens e  $< 50$  mg/dL em mulheres, ou triglicerídeos (TG)  $\geq 150$  mg/dL. Esses valores foram adotados conforme critérios de risco cardiovascular amplamente utilizados em protocolos clínicos, sendo consenso entre os enfermeiros de que tal detalhamento auxilia na tomada de decisão e no encaminhamento oportuno; o tabagismo, estratificado em duas situações, fumar atualmente ou há menos de 12 meses, e fumar atualmente há mais de 12 meses. Essa diferenciação foi incorporada a partir da discussão coletiva, considerando o impacto do tempo de cessação do tabaco no risco cardiovascular e na resposta ao tratamento; a obesidade/Circunferência abdominal, aferida por meio da medida abdominal, com pontos de corte definidos pela Organização Mundial da Saúde ( $\geq 80$  cm para mulheres e  $\geq 94$  cm para homens), a escolha se justificou pela praticidade desse método no contexto da APS e pela forte correlação com risco metabólico; o sedentarismo, caracterizado pela ausência de prática de atividade física regular, a inclusão desse item foi defendida pelos enfermeiros por ser um fator modificável, frequentemente identificado nas consultas, e que demanda orientação sistemática; o Histórico familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC) precoce, considerado positivo quando em parentes de primeiro grau com evento antes dos 55 anos (homens) ou 65 anos (mulheres). Esse recorte etário segue as recomendações das diretrizes brasileiras e foi julgado importante para estratificação do risco individual; a albuminúria/proteinúria, entendida como presença de alteração renal detectada em exames de urina. Foi incluída como marcador precoce de complicações microvasculares, reforçada pela prática clínica dos enfermeiros, que frequentemente identificam tais alterações em usuários em seguimento; e a Hemoglobina glicada (HbA1c  $> 7\%$ ), utilizada como critério de mau controle glicêmico, conforme diretrizes

da SBD. Sua inclusão foi considerada imprescindível pelos enfermeiros, pois além de refletir o controle glicêmico dos últimos três meses, é parâmetro amplamente utilizado para avaliar adesão terapêutica e eficácia do tratamento.

Entre as falas destacadas no grupo, ressaltou-se que o detalhamento destes fatores “muda totalmente a conduta clínica do enfermeiro”, além de permitir orientações mais específicas de prevenção e autocuidado.

O **tratamento medicamentoso e a adesão** foram priorizados, contemplando o nome do medicamento, dose, horário, via de administração e se a pessoa sabe utilizá-lo corretamente. Essa organização favorece a identificação de falhas no uso de antidiabéticos orais ou insulina, além de orientar necessidades de educação em saúde. Os enfermeiros relataram que, muitas vezes, o paciente não sabe o nome exato da medicação, mas a reconhece pelo formato, cor ou horário de uso, o que reforçou a pertinência de manter campos abertos para registro detalhado.

A avaliação de **sintomas atuais/intercorrências** recentes incluiu poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, visão turva, prurido, fadiga/cansaço, infecções de repetição, episódios de hipo ou hiperglicemia e hospitalizações. Esse componente permite monitorar o controle metabólico e identificar complicações em curso. Os enfermeiros destacaram que alguns sintomas, como episódios de hipoglicemia, dificilmente são relatados espontaneamente, o que justificou a necessidade de questionamentos sistematizados.

Outro aspecto incorporado foi a **automonitorização da glicemia**, abordando frequência, horários habituais e valores informados. Essa inclusão busca avaliar a adesão ao autocuidado, identificar barreiras para o monitoramento e subsidiar a educação em saúde, considerando que muitos usuários realizam a aferição, mas não compreendem o significado dos resultados.

Em relação ao item **histórico familiar**, abarcou-se doenças como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, doença cardiovascular, acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, obesidade, câncer e outras condições relevantes. Esse item possibilita identificar a predisposição genética e fatores ambientais, o que contribui para o manejo clínico e preventivo, além de ampliar as estratégias educativas direcionadas também à família.

No processo de construção coletiva do protocolo, na seção anamnese, também foi realizada a investigação aprofundada do bloco **estilo de vida**, com o intuito de compreender os hábitos cotidianos que impactam diretamente no controle do DM e nas condições gerais de saúde das pessoas. As informações contemplaram cinco dimensões principais: alimentação, atividade física, sono e repouso, tabagismo e uso de álcool.

A dimensão **alimentação** emergiu como um eixo central, mediante sua estreita relação com o manejo clínico do DM. Os enfermeiros destacaram a necessidade de contemplar o padrão alimentar (regular, com refeições balanceadas; irregular/pula refeições; alimentação rica em carboidratos simples; consome verduras e legumes; consome alimentos por impulso/fome emocional; faz dietas restritivas sem orientação; Ingere líquidos: < 1 litro/dia, 1 a 2 litros/dia, > 2 litros/dia e qual o tipo: água, sucos, refrigerantes, outros); bem como fatores relacionados a dificuldade com a alimentação (sim, não, se sim, quais motivos: pessoa que prepara os alimentos; sem apetite; não sabe sobre alimentos que podem ser substituídos; não sabe sobre a quantidade que pode comer; muitas restrições; outros motivos). Também foi incorporado o acompanhamento com nutricionista, considerando frequência e adesão às orientações recebidas. Essa abordagem foi considerada essencial para direcionar intervenções educativas individualizadas.

No que se refere à **atividade física**, o grupo ressaltou a importância de se realizar atividade física regularmente (sim, não, há pouco tempo); Tipo de atividade praticada (caminhada, corrida, bicicleta, dança, musculação, yoga/pilates, natação, outra); Frequência semanal (1x/semana, 2 a 3x/semana, 4 a 5 x/semanas, diariamente); duração média por sessão (<30 minutos, 30-60 minutos, >60 minutos); e barreiras para prática (se não pratica) (falta de tempo, falta de motivação, problemas de saúde/dor, falta de apoio, outros). Essa estratificação foi vista como fundamental para compreender o nível de engajamento e subsidiar estratégias de incentivo ao autocuidado.

Quanto ao **sono e repouso**, discutiu-se sobre a necessidade de contemplar e detalhar a qualidade do sono percebida (boa- acorda revigorado, sem dificuldades para dormir; regular-acorda algumas vezes durante a noite ou demora para adormecer; ruim- dificuldades constantes para dormir ou acorda frequentemente durante a noite; muito ruim- insônia ou outros distúrbios graves do sono); e uso de medicamentos para dormir (sim, se sim, quais medicamentos; não, uso ocasional de medicamentos sem prescrição). Os enfermeiros relataram, a partir da prática clínica, que fragilidades na higiene do sono afetam o equilíbrio metabólico, a adesão ao tratamento e a disposição para atividades diárias, o que reforça a relevância desse item no protocolo.

No tocante ao item **tabagismo**, foram discutidos e estruturados subitens que possibilitaram avaliar tanto a situação atual quanto a trajetória do hábito, inclui-se fuma atualmente (sim, se sim, qual o tipo? cigarro filtro/industrializado, cigarro de palha/artesanal, cigarro eletrônico, outro; não), carga tabágica (cigarro/dia) (menos de 5, 5 a 10, 11 a 20, mais de 20); há quanto tempo você fuma (< 1 ano, 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, > 10 anos); Você tem

interesse em parar de fumar (sim, não, talvez); e quais foram as dificuldades encontradas nas tentativas de cessação (vontade de fumar/ compulsão, estresse/ ansiedade, ganho de peso, falta de apoio, outros (especificar)). Os participantes enfatizaram a importância de identificar o estágio motivacional para subsidiar aconselhamento breve e intervenções de cessação.

Por fim, em relação ao **uso de álcool**, os subitens contemplados no protocolo foram, consome bebidas alcoólicas (sim, não) e frequência de consumo (diariamente, 3 a 4 vezes por semana, 1 a 2 vezes por semana, menos de uma vez por semana, somente em eventos sociais). Embora menos relatado como hábito cotidiano em alguns contextos, os enfermeiros destacaram a necessidade de sua inclusão, considerando as implicações metabólicas e os riscos de interações medicamentosas.

Essa discussão e elaboração minuciosa do estilo de vida permite estratificar riscos e necessidades prioritárias, a fim de oferecer subsídios para direcionar intervenções educativas e de autocuidado, além de favorecer a personalização do protocolo de enfermagem.

No processo de construção do protocolo, o grupo de convergência apontou a necessidade de incluir um bloco específico relacionado à **avaliação do autocuidado**, que reconhece sua centralidade no manejo do DM. Essa dimensão foi organizada a partir de domínios funcionais relacionados às atividades de vida diária e ao cuidado com a própria condição de saúde, permitindo identificar o grau de independência da pessoa, suas dificuldades e demandas de apoio.

A discussão coletiva com os enfermeiros revelou que a investigação do autocuidado não se restringe às atividades básicas da vida diária, mas deve contemplar também as atividades instrumentais diretamente ligadas ao controle do DM, como administração de medicamentos e automonitorização glicêmica. O instrumento foi estruturado para avaliar o desempenho da pessoa em cada domínio, classificado em três níveis: independente, parcialmente dependente e dependente.

No domínio da **alimentação**, os participantes reforçaram que a avaliação não deve se limitar à escolha ou qualidade dos alimentos, mas incluir aspectos funcionais, como capacidade de mastigar, engolir, manusear utensílios e realizar a alimentação com segurança. Esse detalhe foi considerado importante para identificar riscos de complicações, como engasgos, além de dependência funcional.

Quanto ao **vestuário**, destacou-se a relevância de verificar a capacidade de vestir-se de maneira autônoma, escolher e organizar roupas, e se adequar ao clima e contexto social. Os enfermeiros relataram que pequenas limitações motoras, muitas vezes associadas a complicações do DM, como neuropatias ou amputações, podem comprometer essa atividade.

No domínio da **higiene pessoal**, os enfermeiros destacaram a importância de contemplar tanto o autocuidado básico (banho, higiene íntima e oral) quanto a segurança durante o uso do banheiro, incluindo a capacidade de manusear próteses dentárias. Essa avaliação foi considerada essencial para identificar riscos de quedas, infecções e negligência de cuidados básicos.

O **domínio das atividades do autocuidado** em diabetes foi construído como um eixo inovador do protocolo, a partir das experiências compartilhadas pelos enfermeiros. Foram incorporados aspectos como administrar medicamentos, realizar automonitorização da glicemia, utilizar transporte, realizar compras e gerir o próprio dinheiro. Essas atividades foram reconhecidas como diretamente ligadas ao manejo da condição crônica e à autonomia no cotidiano.

E por fim, a **deambulação e mobilidade** foram contempladas para avaliar a capacidade da pessoa de locomover-se de forma segura, dentro e fora de casa, com ou sem dispositivos auxiliares. Esse item foi apontado como fundamental para compreender limitações funcionais que podem impactar não apenas a qualidade de vida, mas também a adesão ao tratamento e a independência no autocuidado.

A construção desse bloco, portanto, resultou da integração entre o referencial científico e a experiência prática dos enfermeiros, sendo reconhecido como um instrumento de grande aplicabilidade na prática clínica, capaz de orientar intervenções individualizadas e favorecer a promoção da autonomia das pessoas com DM.

A **vacinação** foi considerada pelos enfermeiros como um componente indispensável na consulta de enfermagem às pessoas com DM, sobretudo pelo maior risco de complicações infecciosas a que esses indivíduos estão expostos. A avaliação da caderneta vacinal (apresentada e avaliada; histórico vacinal completo registrado no prontuário; necessidade de atualização identificada) foi apontada como prática que deve ser sistematizada durante a anamnese, permitindo identificar lacunas no esquema vacinal e orientar a atualização conforme as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e protocolos específicos para pessoas com condições crônicas.

Durante a discussão de convergência, os profissionais enfatizaram que, muitas vezes, o registro do histórico vacinal não está completo no prontuário, dificultando o acompanhamento e a checagem de esquemas. Assim, sugeriram que o protocolo indicasse de forma clara os imunobiológicos prioritários para a população com DM, destacando vacinas contra influenza, pneumocócica 13V e 23V, hepatite B, difteria e tétano, COVID-19 e febre amarela (mediante avaliação individual).

A inclusão do item **vida sexual** surgiu como demanda dos enfermeiros, que reconheceram a necessidade de abordar de maneira sensível e sistemática aspectos relacionados à saúde sexual. Foi enfatizado que o diabetes pode impactar diretamente a vida sexual e atividade sexual, gerando queixas ou alterações como disfunção erétil, redução da libido, dor ou desconforto durante a relação, corrimentos, prurido ou odor genital, ou outras que, muitas vezes, permanecem subnotificados por constrangimento ou falta de abordagem profissional.

A inclusão dos **exames laboratoriais** como item específico da anamnese foi fundamentada tanto na literatura científica quanto na experiência prática dos enfermeiros da APS. As evidências nacionais e internacionais destacam que o monitoramento periódico de parâmetros laboratoriais é importante para o acompanhamento clínico de pessoas com DM, o que permite a detecção precoce de complicações, a avaliação do controle metabólico e a tomada de decisões terapêuticas individualizadas.

Durante o GC, os enfermeiros enfatizaram a necessidade de padronizar, no protocolo, os principais exames a serem solicitados e acompanhados rotineiramente: glicemia de jejum (duas vezes ao ano em pessoas com controle estável; trimestralmente se estiverem fora da meta glicêmica), HbA1c, lipidograma anualmente (colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos), creatinina sérica, relação albumina/creatinina ou microalbuminúria (anualmente) TSH, urina tipo 1 e outros exames pertinente a individualidade e necessidade da pessoa (a cada um ou dois anos). Esses exames estão alinhados às recomendações do Ministério da Saúde e da SBD, que preconizam a periodicidade mínima de coleta e a relevância de cada marcador para a estratificação do risco cardiovascular, nefropatia e outras complicações crônicas.

Os enfermeiros acrescentaram que, na prática cotidiana, muitas vezes não há registro sistematizado da data de coleta e do resultado dos exames no prontuário, o que dificulta o acompanhamento longitudinal. Assim, propuseram que o protocolo contemplasse campos específicos para registro, favorecendo o monitoramento contínuo, a identificação de lacunas e a comunicação multiprofissional. Essa sistematização foi considerada uma contribuição para fortalecer a autonomia da pessoa, que passa a compreender melhor a finalidade dos exames e sua relação com a adesão terapêutica.

O item referente ao **uso de insulina** foi definido como exclusivo para as pessoas em insulinização, mediante a complexidade do manejo e a necessidade de cuidados específicos. Os enfermeiros ressaltaram a importância de que o protocolo contemplasse aspectos práticos e educativos, tais como: data de início do tratamento, autoaplicação, tipo e dose prescrita, forma

de administração (seringa 50/100 UI ou caneta descartável/recarregável), dificuldades para a autoaplicação e estratégias de apoio em casos de baixa cognição ou dependência de cuidadores. Foram destacados ainda os principais obstáculos relatados pelas pessoas, como medo, dor, desconhecimento da técnica, dificuldade visual ou resistência ao uso da insulina, aspectos que exigem abordagem sensível e educativa por parte da equipe de enfermagem.

O protocolo também incorporou campos para verificar se houve orientação e demonstração da técnica de aplicação (lavagem das mãos, preparo, locais de aplicação, rodízio), armazenamento adequado da insulina, sinais e condutas frente à hipoglicemia, bem como orientações sobre alimentação e atividade física. Essas recomendações dialogam com manuais do Ministério da Saúde e da SBD, que reforçam a necessidade de educação em saúde contínua para garantir adesão e segurança do tratamento.

Outro ponto enfatizado pelos enfermeiros foi a logística do fornecimento e descarte de insumos, frequentemente negligenciada na prática clínica. A inclusão de campos para registro de recebimento de seringas, agulhas e canetas, assim como o descarte adequado em caixas coletoras ou embalagens rígidas, foi considerada essencial para minimizar riscos de acidentes e promover boas práticas de biossegurança.

Também, foi sugerida a verificação da presença de lipodistrofias, complicação associada ao uso inadequado da técnica de aplicação e à falta de rodízio dos locais, uma vez que tal condição compromete a absorção da insulina e o controle glicêmico. A presença desse subitem foi considerada pelos enfermeiros como um avanço no protocolo, pois favorece a identificação precoce de complicações locais e o replanejamento das condutas de autocuidado.

Outra estruturação discutida e elaborada no **Histórico de enfermagem** na **Anamnese**, foi a partir da **dimensão das necessidades psicossociais** no **domínio II**, a qual reconhece que o DM repercute não apenas no estado clínico-biológico, mas também nas dimensões emocionais, sociais e econômicas da vida, norteando assim a definição dos itens e subitens que compõem este bloco do protocolo.

Os enfermeiros apontaram que frequentemente aspectos psicossociais não são abordados de forma sistemática nas consultas, o que permanece subnotificados ou invisibilizados nos registros.

Assim, ao propor esse conjunto de perguntas, buscaram garantir a abordagem integral, contemplando o **estado emocional/estresse** (como você tem se sentido emocionalmente nos últimos dias- muito feliz, bem, nervoso, irritado, triste, desanimado, ansioso, depressivo; você já foi diagnosticado com algum transtorno emocional (ansiedade, depressão)- sim, não, qual; você já recebeu ou está recebendo tratamento para esses transtornos emocionais?- sim, não,

qual; como o seu estado emocional influencia no seu controle do diabetes- atrapalha o controle glicêmico, não tem influência, não sei); o **suporte social e familiar** (você tem o apoio de familiares, amigos ou cuidador- sim, não, se sim, de quem? cônjuge/parceiro(a), filhos, pais, amigos, não tenho ajuda, outro; como seus familiares ou amigos te ajudam no controle do diabetes- acompanhamento nas consultas médicas, ajudando com a alimentação saudável, incentivando a prática de atividade física, monitoramento da glicemia); as **atividades de lazer e convívio social**, destacou-se a participação em atividades de lazer (sim, não, se sim, qual a frequência- diariamente, semanalmente, raramente, se não, por que- fadiga, preocupações com glicemia, falta de tempo, preconceito); o **impacto do diabetes na vida social, profissional e familiar** (sim, não e qual) e por fim o **contexto socioeconômico** que envolveu situação de moradia (própria, alugada, vulnerabilidade (sem moradia fixa ou risco de perder a moradia)) acesso a serviços de saúde (apenas serviços públicos, serviços privados, ambos, nenhum acesso), dificuldade financeira para tratamento (sim, não, às vezes), dificuldade em adquirir alimentos saudáveis (sim, não, às vezes) e o acesso a transporte para consultas/exames (sim, não, às vezes).

A inclusão desses elementos foi respaldada em evidências científicas que destacam a influência dos fatores psicossociais sobre a adesão terapêutica, o controle glicêmico e a qualidade de vida. Além disso, na prática cotidiana, os enfermeiros relataram que a ausência de instrumentos estruturados dificulta a identificação precoce de situações de vulnerabilidade emocional e social, que poderiam ser alvo de intervenções multiprofissionais.

Dessa forma, o bloco “Aspectos psicossociais” foi reconhecido como uma contribuição inovadora e necessária, por viabilizar o registro padronizado de informações sensíveis, orientar condutas individualizadas e ampliar a compreensão do cuidado para além da dimensão biomédica, em consonância com os princípios da APS e com o referencial das Necessidades Humanas Básicas.

Por fim, no **domínio III** a elaboração do **Histórico de enfermagem** na **Anamnese**, a partir da **dimensão das necessidades psicoespirituais**, foi incluída a partir da reflexão dos enfermeiros sobre a integralidade do cuidado e sobre a importância da espiritualidade na vivência do adoecimento crônico. Durante o GC, emergiu o consenso de que a religiosidade e a espiritualidade representam recursos subjetivos que podem contribuir para o enfrentamento do diabetes, seja como fonte de conforto emocional, seja como suporte para a adesão ao tratamento.

Na prática clínica, os enfermeiros relataram que raramente abordam esse aspecto de forma sistemática durante a consulta, embora percebam que muitos pacientes manifestam

espontaneamente sua fé como estratégia de enfrentamento das dificuldades. Assim, consideraram fundamental que o protocolo incluísse perguntas objetivas sobre a presença de práticas religiosas ou espirituais (religião definida, espiritualidade não religiosa, não tenho crenças espirituais ou religiosas) e sobre a frequência (diariamente, semanalmente, raramente, nunca) e influência dessas práticas no bem-estar e saúde (sentimento de paz e conforto, aumento da força emocional para lidar com a doença, apoio na adesão ao tratamento, outro).

Essa estruturação dialoga com evidências científicas que reconhecem a espiritualidade como determinante social e cultural da saúde, capaz de favorecer resiliência, reduzir níveis de estresse e fortalecer vínculos terapêuticos. Para os enfermeiros, registrar essas informações amplia a compreensão do contexto de vida da pessoa com diabetes, o que favorece uma abordagem centrada na pessoa e em suas necessidades singulares.

É importante destacar a elaboração do **domínio IV** pelos enfermeiros, sendo este inovador para compor a anamnese, no histórico de enfermagem, sendo o **conhecimento, percepção e necessidades relacionadas ao diabetes**, com vistas a permitir a avaliação do conhecimento e percepção sobre o DM.

A avaliação do **nível de conhecimento** (o que você sabe sobre o diabetes; como você acredita que o diabetes afeta o seu corpo e a sua saúde), **conhecimento sobre tratamento** (você sabe como controlar o diabetes; você entende como a alimentação e o exercício físico podem ajudar no controle do diabetes), **compreensão sobre automonitorização** (você sabe como monitorar sua glicemia corretamente), **adesão ao tratamento e autocuidado** (você se sente capaz de seguir o tratamento recomendado (medicação, dieta, exercícios); você tem dúvidas sobre como fazer o controle da glicemia, os horários e as doses dos medicamentos); emergiu nas discussões do GC como um eixo central da CE à pessoa com DM. Os enfermeiros reconheceram que a falta de conhecimento sobre a doença e suas complicações está diretamente relacionada à baixa adesão terapêutica e ao controle inadequado da glicemia.

Na prática, observaram que muitos pacientes não compreendem o que é o diabetes, confundem os sinais de hipoglicemia e hiperglicemia, desconhecem os efeitos a longo prazo da doença e apresentam dúvidas quanto ao uso correto de medicamentos, à automonitorização da glicemia e à importância da dieta e da atividade física.

Diante disso, os enfermeiros propuseram perguntas estruturadas que contemplassem o nível de conhecimento sobre a doença, tratamento e automonitorização e adesão ao autocuidado. O objetivo foi sistematizar a coleta de informações e permitir ao profissional identificar lacunas de conhecimento, barreiras para o seguimento terapêutico e necessidades de orientação individualizada.

Esse domínio reflete o compromisso da enfermagem em atuar não apenas no monitoramento clínico, mas também na educação em saúde, reconhecida como uma das estratégias mais eficazes para o empoderamento da pessoa com diabetes no manejo da condição crônica.

#### 7.1.5.2 Construção participativa do protocolo: Segundo Grupo de Convergência

O segundo GC foi realizado em 30/05/2025, com duração de 3h e com a participação de cinco enfermeiros. O foco da discussão foi sobre o Histórico de Enfermagem, abordando o domínio V- Avaliação clínica sistematizada das necessidades de saúde, direcionado ao exame físico (Quadro 13).

Em seguida, foram discutidas as demais etapas do Processo de Enfermagem: 2ª etapa- Diagnósticos de Enfermagem: definidos com base na CIPE® versão 2019-2020 (Quadro 13); 3ª etapa- Planejamento de Enfermagem: estruturado de acordo com Teoria das Necessidades Humanas Básicas, os diagnósticos de enfermagem identificados, os resultados esperados e as intervenções correspondentes e 4ª etapa- Implementação de Enfermagem: discussão e análise da viabilidade prática das intervenções propostas (Quadro 13); E por fim, a 5ª etapa- Evolução de Enfermagem: envolveu a definição dos indicadores de resultado para o monitoramento/acompanhamento da pessoa com DM e seu controle clínico (Quadro 13).

Quadro 13 - Segundo grupo de convergência - Histórico (avaliação clínica das necessidades de saúde), Diagnósticos, Planejamento, Implementação e Evolução de Enfermagem. Alfenas, MG, Brasil, 2025.

<b>SEGUNDO GRUPO DE CONVERGÊNCIA</b>			
<b>Data:</b> 30/05/2025			
<b>Duração:</b> 3h			
<b>Participantes:</b> 5 enfermeiros			
<b>Fase do GC: 4 R's" (Reconhecimento, Revelação, Repartir e Repensar)</b>			
<b>Momento/Foco do encontro</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais contribuições dos enfermeiros</b>	<b>Exemplos extraídos das notas de campo</b>
<b>Abertura e contextualização</b> - Entrega impressa do modelo preliminar do protocolo (itens a contemplar).	Compreender a importância da construção coletiva do protocolo e alinhar expectativas do grupo.	Etapa de sensibilização inicial, caracterizada pelo acolhimento do grupo e pela ausência de proposições técnicas.	<b>NO:</b> “Os participantes demonstraram atitude proativa, interesse pela temática e estabelecimento de vínculo com as pesquisadoras.”  <b>NO:</b> “Ambiente organizado em círculo, calmo e favorável às discussões lineares e participativas.”
<b>Discussão</b> - 1ª etapa do PE: <b>Histórico de Enfermagem-Exame físico</b> estruturado pela TNHB (necessidades psicobiológicas, psicossociais, psicoespirituais)	Elaborar itens e subitens necessários para compor o exame físico.  Adequar o protocolo à realidade local, garantindo uma	<b>EXAME FÍSICO:</b>  - <b>Geral (estado geral, nível de consciência, orientação-tempo, espaço e pessoa, comunicação verbal, higiene pessoal e aparência, postura e mobilidade:</b> permite identificar a condição clínica inicial do paciente e orientar condutas imediatas; identificar se há barreiras na expressão ou compreensão que impactem na educação em saúde; relacionar autocuidado, vulnerabilidade social e risco de complicações cutâneas.  - <b>Sinais vitais (pressão arterial em ambos os braços, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e saturação de</b>	<b>ND:</b> “Muitos chegam com hipertensão descontrolada junto do diabetes.”  <b>ND:</b> “Grande parte dos pacientes está acima do peso.”  <b>NC:</b> “Muitos relatam perda de peso sem entender o motivo.”

	<p>abordagem integral do cuidado.</p>	<p><b>oxigênio):</b> permite monitorar risco cardiovascular, alterações metabólicas e detectar intercorrências.</p> <p>- <b>Antropometria (peso, altura, cálculo do IMC, ganho ou perda de peso no último ano, bem como a medida da circunferência abdominal):</b> avaliar estado nutricional e monitorar evolução clínica; avaliar risco cardiovascular associado ao acúmulo de gordura central; identificar mudanças que podem indicar complicações metabólicas ou adesão ao tratamento.</p> <p>- <b>Cabeça e pescoço (couro cabeludo e cabelos, olhos, conjuntivas, ouvidos, cavidade oral, língua, pescoço, registro de consultas oftalmológicas e odontológicas):</b> identificar sinais de infecções ou alterações nutricionais/metabólicas; monitorar sinais precoces de retinopatia diabética e reforçar encaminhamento para oftalmologia.</p> <p>- <b>Pele e mucosas (coloração, hidratação, integridade, temperatura, turgor, presença de infecções ou micoses e cicatrização de lesões):</b> observar alterações circulatórias e metabólicas; avaliar risco de fissuras e infecções associadas ao ressecamento; identificar úlceras, lesões, alterações circulatórias e risco infeccioso; monitorar complicações relacionadas à má cicatrização.</p> <p>- <b>Aparelho cardiopulmonar (ritmo e bulhas cardíacas, perfusão periférica, expansibilidade torácica, ruídos respiratórios, sinais de esforço respiratório, tosse ou dispneia):</b> identificação precoce de arritmias; monitorar risco de vasculopatia periférica; reconhecer descompensação clínica precoce.</p> <p>- <b>Abdome (aparelho gastrointestinal, inspeção abdominal, palpação superficial e profunda, percussão, aparelho geniturinário):</b> avaliar constipação, diarreia e sintomas relacionados à gastroparesia diabética; observar alterações urinárias frequentes no DM.</p>	<p><b>ND:</b> “Muitos pacientes não fazem fundo de olho anualmente, é um ponto crítico.”</p> <p><b>ND:</b> “A audição prejudicada dificulta a adesão às orientações.”</p> <p><b>NO:</b> “A avaliação de pele e mucosas despertou um interesse maior dos enfermeiros, mostrando uma necessidade para constar no protocolo.”</p> <p><b>ND:</b> “A língua saburrosa pode indicar desidratação ou infecção fúngica.”</p> <p><b>ND:</b> “A acantose <i>nigricans</i> é comum e precisa ser registrada como sinal de resistência insulínica.”</p> <p><b>NC:</b> “Feridas que não cicatrizam são um alerta para neuropatia e vasculopatia.”</p> <p><b>ND:</b> “Preenchimento capilar lento pode indicar</p>
--	---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>- <b>Pés:</b> avaliação dermatológica (inspeção da pele e unhas, coloração e temperatura da pele, espaço interdigital, pilificação, número de pododáctilos); avaliação osteoarticular (pé neuropático tipo cavus, pé de Charcot, valgismo e dedos em garra); avaliação da sensibilidade protetora (uso do monofilamento de 10g de Semmes-Weinstein, aplicado nos pontos recomendados (hálux, 1° e 5° metatarsos)); avaliação da sensibilidade vibratória (método com diapasão de 128Hz, aplicado sobre a estrutura óssea); avaliação de dor neuropática (localização, sintomas, características da dor e intensidade por meio da escala visual analógica); avaliação arterial (palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior, teste de Buerger, histórico e presença de úlceras, amputações e fatores de risco para Doença Arterial Periférica (DAP) e medida do Índice Tornozelo-Braço (ITB)); sistema de estratificação de risco e frequência de triagem dos pés, baseado na IWGDF (2023): prevenir úlceras através da detecção precoce de fissuras, calosidades e corte inadequado das unhas; identificar sinais de má circulação periférica; identificar alterações estruturais que aumentam risco de úlcera e necessidade de calçados adaptados; definir risco de ulceração e amputação; diferenciar dor neuropática de causas ortopédicas ou vasculares; diagnosticar precocemente DAP e estratificar risco; definir frequência de acompanhamento conforme risco.</p>	<p>comprometimento circulatório.”</p> <p><b>NC:</b> “Muitos pacientes relatam desconforto gastrointestinal associado ao uso de metformina.”</p> <p><b>ND:</b> “Vulvovaginite de repetição está associada ao mau controle glicêmico.”</p> <p><b>ND:</b> “Muitos pacientes chegam com corte incorreto das unhas, predispondo a lesões.”</p> <p><b>ND:</b> “A pele fria e pálida nos alertou para investigar DAP.”</p> <p><b>ND:</b> “A perda de pododáctilos modifica o risco de úlcera e marcha.”</p> <p><b>NC:</b> “Inserir imagens sobre os tipos de deformidades ósseas do pé.”</p> <p><b>NO:</b> “A avaliação dos pés foi um bloco que despertou a curiosidade e a necessidade</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>de ser completa no protocolo”.</p> <p><b>ND:</b> “Pacientes descrevem queimação noturna e câimbras frequentes.”</p> <p><b>ND:</b> “Histórico de amputação muda totalmente a periodicidade do acompanhamento.”</p>
<p><b>Discussão</b> - 2ª etapa do PE: <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>, por meio da CIPE e estruturado pela TNHB (necessidades psicobiológicas, psicossociais, psíquicas)</p>	<p>Selecionar os principais diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE.</p> <p>Adequar o protocolo à realidade local, garantindo uma abordagem integral do cuidado.</p>	<p><b>DIAGNÓSTICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Glicemia (hiperglicemia, hipoglicemia, nível de glicose sanguínea dentro dos limites normais):</b> eixo central do acompanhamento clínico do DM; monitoramento fundamental para prevenção de complicações.</li> <li>- <b>Hidratação/Eliminação (desidratação, função renal prejudicada):</b> permite reconhecer alterações renais na população; risco de evolução para nefropatia.</li> <li>- <b>Terapêutica/Adesão (não adesão ao regime medicamentoso, conhecimento sobre regime medicamentoso, problema com aquisição de medicação):</b> permite identificar na prática essa barreira; compromete adesão terapêutica e efetividade do cuidado.</li> <li>- <b>Alimentação (obesidade, sobrepeso, conhecimento sobre regime dietético, adesão ao regime dietético):</b> permite identificar condições prevalentes, associadas ao descontrole glicêmico e risco cardiovascular.</li> <li>- <b>Gastrointestinal (função gastrointestinal prejudicada):</b> relacionada ao uso de medicamentos e complicações do DM, afeta digestão e nutrição.</li> </ul>	<p><b>NC:</b> “Relevância consensual, considerado diagnóstico prioritário.”</p> <p><b>ND:</b> É um diagnóstico essencial para vigilância contínua das pessoas com DM.”</p> <p><b>ND:</b> “Enfatizaram que o acesso irregular à medicação é frequente e influencia diretamente no controle glicêmico.”</p> <p><b>NC:</b> “Inclusão consensual pela frequência e impacto na evolução clínica.”</p> <p><b>ND:</b> “A metformina é uma medicação muito boa, porém</p>

		<p>- <b>Neurosensorial (percepção tátil prejudicada, visão prejudicada, sono prejudicado, dor):</b> repercussão direta no autocuidado e risco aumentado de quedas, úlceras e isolamento social.</p> <p>- <b>Mobilidade (mobilidade prejudicada, risco de queda):</b> identificar pessoas idosas e com amputações que apresentam limitações físicas que impactam no tratamento e no autocuidado.</p> <p>- <b>Pele/Pés (integridade da pele prejudicada, risco de úlcera de pé diabético, úlcera de pé diabético):</b> alta incidência nas pessoas diabéticas; repercussão direta na morbimortalidade.</p> <p>- <b>Cardiovascular (pressão arterial alterada, função cardíaca prejudicada, perfusão tissular periférica prejudicada, edema periférico):</b> doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade em DM; necessidade de vigilância contínua.</p> <p>- <b>Psicológico/emocional/comportamental (fadiga, estresse, aceitação da condição de saúde prejudicada, processo de enfrentamento prejudicado):</b> condições que afetam adesão terapêutica e qualidade de vida; determinantes do autocuidado.</p> <p>- <b>Exercício físico (adesão ao regime de exercício físico):</b> auxiliam no controle glicêmico e na perda de peso.</p> <p>- <b>Comportamento de saúde (abuso de tabaco, abuso de álcool, condição oral prejudicada, não adesão ao regime de imunização):</b> impactam diretamente no controle do DM e nas complicações crônicas.</p> <p>- <b>Sexualidade (desempenho sexual prejudicado):</b> queixas frequentes, mas pouco abordadas; afeta qualidade de vida.</p>	<p>tem os efeitos gastrointestinais em muitas pessoas.”</p> <p><b>NC:</b> “Inclusão unânime, sobretudo para populações idosas.”</p> <p><b>ND:</b> “Diagnósticos reconhecidos como de alta relevância local.”</p> <p><b>NC:</b> “Consenso absoluto para inclusão dos diagnósticos da pele e dos pés, prioridade no protocolo.”</p> <p><b>ND:</b> “A questão cardiovascular é indispensável neste acompanhamento.”</p> <p><b>NC:</b> “Consenso pela relevância prática e necessidade de suporte psicossocial.”</p> <p><b>ND:</b> “Enfermeiros reforçaram a importância de contemplar esses fatores de</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>- <b>Socioeconômico (problema financeiro, problema habitacional):</b> barreiras centrais ao cuidado, dificultam acesso a medicamentos, alimentação e insumos.</p> <p>- <b>Cognitiva/Educacional (cognição prejudicada, problema de literacia):</b> afetam diretamente a compreensão do tratamento e adesão.</p> <p>- <b>Psicossocial (falta de apoio social):</b> influência direta no enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento.</p> <p>- <b>Psicoespiritual (crença espiritual conflituosa, crença religiosa conflituosa):</b> influenciam enfrentamento da doença e adesão terapêutica.</p>	<p>comportamento/estilo de vida.”</p> <p><b>ND:</b> “Dimensão da sexualidade foi reconhecida como diagnóstico pertinente.”</p> <p><b>NC:</b> “Considerados determinantes sociais prioritários.”</p> <p><b>NC:</b> “Diagnóstico consensual psicossocial, ressaltada a importância da rede de apoio.”</p> <p><b>ND:</b> “Enfermeiros destacaram como fundamental o diagnóstico psicoespiritual para cuidado integral.”</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Discussão</b> - 3ª etapa do PE: <b>Planejamento de Enfermagem</b>, estruturado pela TNHB (necessidades psicobiológicas, psicossociais, psíquicas)</p>	<p>Planejar ações congruentes as necessidades de saúde das pessoas com DM, de acordo com os diagnósticos selecionados.</p>	<p><b>PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM</b></p> <p><b>NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS:</b></p> <p>- <b>Glicemia (nível de glicose sanguínea nos limites normais):</b> INTERVENÇÕES- Confirmar o controle glicêmico; orientar sobre metas glicêmicas e sinais de hipo/hiperglicemia; reforçar adesão ao tratamento (dieta, exercício, medicação); encaminhar para nutricionista, educador físico ou médico, conforme risco.</p> <p>- <b>Hidratação/eliminação (hidratação adequada e função renal eficaz):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar sinais de desidratação e causas desencadeantes; verificar glicemia; orientar sobre reposição hídrica rápida; Avaliar TFGe, albuminúria e sinais de disfunção; orientar dieta, controle glicêmico e pressórico; encaminhar para especialista se necessário.</p> <p>- <b>Terapêutica/adesão (adesão ao regime medicamentoso e conhecimento sobre o regime medicamentoso):</b> INTERVENÇÕES- Identificar causas; verificar conhecimento sobre medicamentos; ensinar preparo, aplicação e descarte de insulina; orientar fluxos para acesso a medicamentos e insumos; encaminhar para farmacêutico/psicólogo, se necessário.</p> <p>- <b>Alimentação (adesão ao regime dietético):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar conhecimento prévio; orientar plano alimentar individualizado; incentivar fracionamento das refeições; estimular consumo de fibras e hidratação adequada; envolver família/cuidadores; encaminhar para nutricionista.</p> <p>- <b>Gastrointestinal (função do sistema gastrointestinal eficaz):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar presença de sintomas (constipação, náusea, diarreia, distensão, refluxo); identificar, verificar e acompanhar medicamentos/efeitos colaterais (metformina); avaliar padrão intestinal e</p>	<p><b>ND:</b> “Se a glicemia estiver alta ou baixa, o resto do cuidado fica comprometido.”</p> <p><b>ND:</b> “Muitos não sabem que diabetes afeta os rins.”</p> <p><b>NC:</b> “A função é muito importante de ser trabalhada no dia a dia.”</p> <p><b>ND:</b> “Às vezes não é falta de vontade, é porque não tem dinheiro para as medicações e insumos.”</p> <p><b>NC:</b> “É uma população muito simples, que muitas vezes não tem o conhecimento sobre a medicação que está usando.”</p> <p><b>ND:</b> “Eles comem muito pão, macarrão porque é mais barato.”</p> <p><b>ND:</b> “Muitos medicamentos atrapalham o intestino dos pacientes, principalmente a metformina.”</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>hábitos alimentares; estimular aumento da ingestão de fibras e água; orientar fracionamento de refeições; orientar sobre a prática regular de atividade física para estímulo do peristaltismo; encaminhar para nutricionista e/ou gastroenterologista, se necessário.</p> <p><b>- Neurosensorial (percepção tátil eficaz, controle da dor, visão eficaz, sono eficaz):</b> INTERVENÇÕES- Testar a sensibilidade protetora (monofilamento, vibratória); verificar queixas de dormência, formigamento, queimação ou perda de sensibilidade; avaliar integridade da pele e dos pés; orientar autoavaliação diária dos pés; ensinar cuidados com a higiene e hidratação dos pés (sem umidade entre os dedos); orientar uso de calçados fechados, confortáveis, com proteção adequado e com ajuste (velcro/cadarço) e solado semirrígido; usar meias de algodão, sem costura grossa ou elástico apertado; avaliar localização, intensidade, duração e características da dor; investigar relação da dor com complicações do diabetes (neuropatia, infecção, alterações musculoesqueléticas); incentivar prática regular de atividade física adaptada; avaliar queixas visuais (embaçamento, dificuldade para ler, dor ocular); investigar histórico de retinopatia diabética ou outras alterações oculares; orientar sobre a importância do controle glicêmico e pressórico para prevenir complicações; verificar se há encaminhamento e adesão ao acompanhamento oftalmológico; investigar fatores/causas clínicas e emocionais associadas ao sono prejudicado; avaliar uso de medicamentos e substâncias que interferem no sono (caféina, álcool, chá, estimulantes); avaliar horários de aplicação de insulina e sintomas noturnos (hipoglicemia, poliúria).</p> <p><b>- Mobilidade (mobilidade eficaz):</b> INTERVENÇÕES- Orientar técnica correta de deambulação e uso de dispositivos auxiliares; orientar prevenção de quedas e acidentes domésticos; informar sobre uso de calçados adequados; encaminhar para fisioterapia, se necessário.</p>	<p><b>NC:</b> A aplicação dos testes de sensibilidade é importante, mas muitas vezes não realizamos de forma completa.”</p> <p><b>ND:</b> “Muitos nunca foram ao oftalmologista.”</p> <p><b>NC:</b> “Orientação sobre cuidados com os pés e uso de calçados é muito importante.”</p> <p><b>ND:</b> “Temos muitos pacientes idosos, com dificuldade de andar.”</p> <p><b>ND:</b> “A avaliação dos pés pelos pacientes é super necessária.”</p> <p><b>NC:</b> “Muitos usam só chinelo.”</p> <p><b>ND:</b> “Essa educação em saúde sobre o cuidado com os pés é muito importante na nossa rotina.”</p> <p><b>NC:</b> “Há alguns pacientes com pé diabético, reforçar</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>- <b>Pele/pés (integridade da pele preservada, prevenir úlcera de pé diabético):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar integridade da pele e áreas de risco; orientar cuidados diários com os pés e higiene (inspeção); orientar sobre a higiene diária dos pés; hidratar os pés após o banho (evitar entre os dedos); manter espaços interdigitais secos e limpos; orientar corte de unhas adequado, sem remover cantos ou cutículas; ensinar inspeção diária dos pés e sinais de alerta: calos, bolhas, micoses, rachaduras; orientar uso de calçados fechados, confortáveis, proteção adequado, com ajuste (velcro/cadarço) e solado semirrígido; usar meias de algodão, sem costura grossa ou elástico apertado; evitar chinelos, sandálias abertas e salto fino; e andar descalço; inspecionar o calçado antes de usar; higiene do calçado.; incentivar controle rigoroso da glicemia para evitar complicações; avaliar pés anualmente para risco de ulceração; avaliar sensibilidade, pulsos pediosos e tibiais posteriores, sinais de comprometimento arterial; medir ITB; encaminhar para avaliação médica em caso de alterações vasculares/ITB alterado; recomendar autoavaliação diária dos pés; cuidados com a higiene e hidratação dos pés (sem umidade entre os dedos); corte adequado das unhas (reto, não remover cantos e cutículas, uso de lixa).</p> <p>- <b>Respiratório (função do sistema respiratório eficaz):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar padrão respiratório e saturação; identificar sinais precoces de infecção; orientar sobre abandono do tabagismo; estimular hidratação; verificar uso de medicamentos; encaminhar para atendimento médico se necessário.</p> <p>- <b>Cardiovascular (função cardíaca eficaz, controle da pressão arterial, perfusão tissular periférica preservada):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar PA, FC, FR e edema; incentivar alimentação pobre em sal e atividade física leve; orientar sinais de alerta; incentivar a adesão medicamentosa; realizar risco cardiovascular; incentivar controle de peso; incentivar abandono do</p>	<p>todos os cuidados é importante.”</p> <p><b>ND:</b> “O controle da glicemia é fundamental para evitar feridas.”</p> <p><b>ND:</b> “No frio aumentam as infecções respiratórias, a gente reforça cuidado.”</p> <p><b>ND:</b> “Quando vejo edema, já penso em avaliar peso e pressão”</p> <p><b>ND:</b> “A maioria dos nossos diabéticos tem pressão alta.”</p> <p><b>NC:</b> “Avaliar o controle pressórico e a alimentação deles é muito importante.”</p> <p><b>ND:</b> “Alguns ainda acham que a doença é castigo, a gente explica que não.”</p> <p><b>NC:</b> “A questão emocional é muito importante no controle da glicemia.”</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>consumo de álcool e tabaco; avaliar lesões de órgãos-alvo; encaminhar para avaliação médica.</p> <p><b>- Psicológico/emocional/comportamental (fadiga melhorada, estresse melhorado, processo de enfrentamento eficaz, aceitação da condição):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar intensidade, frequência e fatores desencadeantes; verificar condições associadas (controle glicêmico, anemia, sono, dor, depressão); orientar sobre importância do descanso adequado e higiene do sono; incentivar prática gradual e regular de exercícios físicos conforme tolerância; avaliar fontes e intensidade do estresse; orientar sobre a influência do estresse no controle do diabetes; encaminhamento para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, se necessário; avaliar como a pessoa percebe e reage ao diagnóstico de diabetes; identificar sentimentos como negação, raiva, culpa ou desânimo relacionados à condição; reforçar o papel ativo do paciente no controle da doença.</p> <p><b>- Exercício físico (adesão ao regime de exercício físico):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar hábitos atuais de atividade física e limitações; orientar sobre os benefícios do exercício na gestão do diabetes e prevenção de complicações; estratégias para superar barreiras.</p> <p><b>- Estilo de vida/ comportamento de saúde (abuso de tabaco diminuído ou interrompido, abuso de álcool diminuído ou interrompido, condição oral (ou bucal) melhorada, adesão ao regime de imunização):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar o padrão e intensidade do consumo de tabaco e álcool; orientar sobre benefícios da cessação do tabagismo; encaminhar para programas de cessação do tabagismo ou grupos de apoio; estimular a busca por mudanças comportamentais e estratégias de enfrentamento saudáveis; encaminhar para grupos de apoio, psicólogo ou serviço especializado em dependência; avaliar a cavidade oral; encaminhar para avaliação odontológica regular; verificar situação vacinal atual da pessoa</p>	<p><b>NC:</b> “Na maioria das vezes encaminhar para os profissionais da psicologia é necessário.”</p> <p><b>ND:</b> “A atividade física é nossa maior aliada no controle do diabetes.”</p> <p><b>ND:</b> “Reforçamos sempre a importância de se praticar algum tipo de esporte, exercício.”</p> <p><b>NC:</b> “O comportamento em saúde das pessoas vai muito a favor ou contra o nosso trabalho diário.”</p> <p><b>ND:</b> “O estilo de vida é essencial para obter o controle glicêmico.”</p> <p><b>ND:</b> “Eles têm vergonha de falar, mas a gente precisa perguntar.”</p> <p><b>NC:</b> “Problemas socioeconômicos afetam muito no cuidado à pessoa com diabetes.”</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>com base no calendário do PNI; agendar ou encaminhar para a unidade de vacinação e reforçar a importância do retorno.</p> <p>- <b>Sexualidade (desempenho sexual melhorado):</b> INTERVENÇÕES- Identificar alterações sexuais; orientar sobre relação entre glicemia e função sexual; encaminhar para urologia, ginecologia, endocrinologia e psicologia se necessário.</p> <p>- <b>Socioeconômico (apoio ao problema habitacional e problema financeiro):</b> INTERVENÇÕES- Identificar condições de moradia; avaliar impacto das condições habitacionais sobre o controle do diabetes; encaminhar para equipe de assistência social; realizar visitas domiciliares; identificar barreiras econômicas que afetam o cuidado; verificar se a pessoa está cadastrada em programas de assistência farmacêutica gratuita; orientar sobre direitos garantidos pelo SUS para pessoas com diabetes (insumos, exames, atendimentos).</p> <p>- <b>Cognitiva/educacional (cognição eficaz, literacia melhorada):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar o grau de comprometimento cognitivo (memória, atenção, linguagem, raciocínio); identificar fatores que contribuem; observar capacidade para compreender e seguir orientações de saúde; envolver cuidadores ou familiares nas orientações, quando necessário; reforçar orientações importantes em todas as consultas; avaliar o nível de compreensão da pessoa sobre sua condição, tratamento e orientações de saúde; identificar dificuldades em ler, interpretar ou seguir instruções escritas, rótulos de medicamentos, receitas; utilizar linguagem simples, direta e acessível em todas as orientações; utilizar recursos visuais para facilitar a compreensão; confirmar a compreensão usando a técnica de teach-back.</p> <p><b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS:</b></p>	<p><b>ND:</b> “Nós que ficamos em contato direto com o paciente, precisamos estar atentos a questão socioeconômica.”</p> <p><b>NC:</b> “Nossa área de abrangência tem muitas pessoas com baixo nível cognitivo e educacional.”</p> <p><b>ND:</b> “A gente tenta explicar da forma mais fácil possível, mas muitos ainda ficam com dúvidas e tem dificuldade.”</p> <p><b>ND:</b> “Ter um cuidador, alguém próximo muitas vezes facilita esse acompanhamento.”</p> <p><b>ND:</b> “Quando a família ajuda, ele controla muito melhor.”</p> <p><b>ND:</b> “Alguns dizem que Deus quis assim; explicamos que fé ajuda, mas não substitui o cuidado.”</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>- <b>Familiar/social (apoio social):</b> INTERVENÇÕES- Avaliar rede de apoio; identificar barreiras; estimular vínculos sociais e familiares; orientar familiares sobre importância do suporte contínuo.</p> <p><b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS:</b></p> <p>- <b>Espiritualidade/religiosidade (crença espiritual e religiosa eficaz):</b> INTERVENÇÕES- Identificar falas/comportamentos de conflito; estimular reflexão sobre fé que promova saúde; incentivar busca de apoio espiritual/religioso.</p>	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p><b>Discussão</b> - 4ª etapa do PE: <b>Implementação de Enfermagem.</b></p>	<p>Discutir a execução sistemática e organizada das ações de enfermagem previamente planejadas para o cuidado da pessoa com DM na APS.</p> <p>Orientar e padronizar o uso do quadro-registro para garantir rastreabilidade, avaliação e continuidade da assistência.</p>	<p>Enfermeiros destacaram que a implementação precisa estar alinhada ao plano de cuidados formulado na etapa anterior, a fim de garantir coerência entre avaliação clínica, julgamento diagnóstico e escolha das ações. Justificaram que essa sistematização confere lógica, planejamento e individualização à prática clínica, favorecendo decisões fundamentadas e acompanhamento qualificado.</p> <p>Enfermeiros sugeriram inserir no protocolo um quadro para registrar sistematicamente cada etapa do cuidado (necessidade de saúde, diagnóstico de enfermagem, resultado esperado e intervenção/ação), justificando que isso facilita ajustes oportunos e fortalece o vínculo profissional-paciente.</p>	<p><b>ND:</b> “A gente precisa registrar tudo de forma sistemática, porque senão perde a continuidade do cuidado.”</p> <p><b>NC:</b> “Esse quadro ajuda a enxergar onde cada paciente está no plano de cuidado, fica mais fácil para todo mundo seguir.”</p> <p><b>ND:</b> “Isso ajuda a mostrar para o paciente o que estamos fazendo e as metas que combinamos.”</p>
<p><b>Discussão</b> - 5ª Etapa do PE: <b>Evolução de Enfermagem</b></p>	<p>Discutir a evolução como instrumento sistemático de monitoramento contínuo, avaliando a resposta ao plano de cuidados, a eficácia das intervenções e a necessidade de ajustes.</p>	<p>Enfermeiros definiram que a evolução deve funcionar como ferramenta ativa para acompanhar resultados pactuados, identificar necessidade de replanejamento e garantir integralidade do cuidado. Justificaram a inclusão de indicadores clínicos (HbA1c, PA, perfil lipídico, IMC, circunferência abdominal), complicações agudas e crônicas (hipo/hiperglicemia, retinopatia, nefropatia, pé diabético) e aspectos subjetivos (adesão, autocuidado, compreensão e qualidade de vida), além de campos para “ajuste do plano de cuidados” e “outras observações”. Reforçaram ainda a importância do registro sistemático no prontuário para assegurar rastreabilidade, comunicação da equipe e continuidade da assistência.</p>	<p><b>ND:</b> “Não é só marcar dado, tem que ver se melhorou, se piorou, se precisa mudar algo.”</p> <p><b>NC:</b> “A gente precisa ter um espaço no protocolo para registrar as mudanças que fazemos no plano de cuidados.”</p>

Fonte: Autores (2025).

No **domínio V**, a **avaliação clínica sistematizada das necessidades de saúde**, os enfermeiros estruturaram o exame físico como etapa fundamental do **Histórico de enfermagem**. Essa dimensão foi construída a partir de referências da literatura científica que destacam a importância da avaliação clínica na APS e da experiência prática dos enfermeiros no acompanhamento de pessoas com diabetes.

Na **avaliação geral**, buscou-se registrar informações sobre o estado geral (bom, regular, ruim), nível de consciência (alerta, sonolento, confuso, inconsciente), orientação-tempo, espaço e pessoa (orientado, parcialmente orientado, desorientado), comunicação verbal (clara, dificultada, ausente, comprometida), higiene pessoal e aparência (adequada, inadequada) postura e mobilidade (deambulando sem auxílio, com auxílio, acamado). Esses parâmetros foram considerados relevantes para identificar alterações que podem impactar no autocuidado e no controle da doença.

Na verificação dos **sinais vitais**, incluiu-se a aferição da pressão arterial em ambos os braços, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e saturação de oxigênio. Os enfermeiros destacaram a necessidade de sistematizar esse registro como rotina da consulta, visto que alterações nesses parâmetros são comuns em pessoas com diabetes e podem indicar complicações agudas ou crônicas.

Já na **antropometria** foi incorporada como eixo de avaliação nutricional e de risco cardiovascular; o peso (normal, sobrepeso, obesidade), altura, cálculo do IMC (menor que 18,5- abaixo do peso; entre 18,5 e 24,9- normal; entre 25 e 29,9- sobrepeso; obesidade- igual ou acima de 30), ganho ou perda de peso no último ano, bem como a medida da circunferência abdominal (normal, aumentada-  $\leq 80\text{cm}$  (mulher)  $\leq 94\text{cm}$  (homem)). Os enfermeiros justificaram que esse conjunto de dados permite monitorar a evolução clínica e subsidiar intervenções educativas voltadas à alimentação e ao estilo de vida.

Na construção coletiva do protocolo, os enfermeiros destacaram a importância de incluir uma avaliação sistemática da cabeça, pescoço, pele e mucosas, considerando que as pessoas com diabetes apresentam maior predisposição a complicações nessas regiões. Esse bloco foi elaborado com base em diretrizes nacionais e internacionais de cuidados a pessoa com diabetes, mas, sobretudo, na experiência prática dos enfermeiros, que frequentemente identificam sinais precoces de complicações durante a consulta de enfermagem.

No bloco **cabeça e pescoço**, foram incluídos itens voltados à observação clínica do couro cabeludo e cabelos (afinamento capilar, queda localizada, lesões ou infecções), olhos (visão turva, visão embaçada, pontos ou manchas na visão que se movem, sensibilidade à luz e dores de cabeça; secreções, sinais de retinopatia), conjuntivas (hiperemia, ressecamento,

hipocorada, secreção), ouvidos (audição diminuída, sinais de infecção, secreção), cavidade oral (hálito cetônico, xerostomia, candidíase oral, gengivite, lesão na mucosa, estado dentário deficiente, uso de prótese), língua (desidratação, presença de saburra, presença de infecção fúngica) e pescoço (assimétrico, com limitação, presença de linfonodomegalia, dor à palpação, aumento de volume, nódulos, alterações de mobilidade tireoide). Os enfermeiros justificaram que a sistematização desse exame permite identificar alterações sugestivas de complicações metabólicas (hálito cetônico, xerostomia), infecciosas (candidíase oral, infecção de ouvido) ou de complicações crônicas (retinopatia diabética). Além disso, foi reforçada a necessidade de registrar a realização de consultas oftalmológicas (avaliação oftalmológica e exame de fundo de olho) e odontológicas como parte do acompanhamento integral da pessoa com diabetes.

A avaliação de **pele e mucosas** foi estruturada para contemplar aspectos de coloração (palidez, cianose, rubor, hiperpigmentação), hidratação (ressecamento, descamação, áspera, craquelada), integridade (presença de lesões/úlceras, escoriações, xantomias, acantose nigricans, eczema, lipoatrofias, hipo/hipertrofia), temperatura (fria, quente), turgor (diminuído, edema), presença de infecções ou micoses (intertrigo, candidíase, onicomicose, foliculite) e cicatrização de lesões (sinais de infecção local). Os enfermeiros apontaram que alterações cutâneas são frequentes e podem estar associadas tanto a complicações vasculares e neuropáticas quanto a dificuldades de autocuidado e condições de vulnerabilidade social.

Assim, esse bloco busca garantir que a consulta de enfermagem contemple não apenas parâmetros clínicos clássicos, mas também sinais precoces que podem subsidiar intervenções preventivas, acompanhamento multiprofissional e educação em saúde.

No **aparelho cardiopulmonar**, os profissionais reforçaram a necessidade de observar parâmetros clínicos, como ritmo (irregular) e bulhas cardíacas (sopros, abafadas), além da perfusão periférica (diminuída/preenchimento capilar < 2segundos), que pode estar comprometida em razão da vasculopatia diabética. Também foram incluídos aspectos respiratórios, como expansibilidade torácica (assimétrica), ruídos respiratórios (ruídos adventícios- crepitações, sibilos) e sinais de esforço respiratório (tiragem intercostal, batimento de asa nasal, musculatura acessória). A presença de tosse (seca, produtiva) ou dispneia (aos esforços, em repouso) foi destacada como indicativo de possíveis intercorrências clínicas, infecções respiratórias ou descompensação metabólica.

Em relação ao **abdome**, a avaliação foi estruturada a partir da observação e palpação, abrangendo sinais clínicos relacionados tanto ao aparelho gastrointestinal quanto ao geniturinário. Os enfermeiros destacaram a importância de registrar alterações como constipação, diarreia, retardo do esvaziamento gástrico e empachamento, frequentemente

relatados por pessoas com diabetes em uso de medicamentos específicos (como metformina ou análogos do GLP-1). A inspeção abdominal foi incluída para identificar cicatrizes, abaulamentos ou lesões, a ausculta os ruídos hidroaéreos (aumentados, diminuídos, ausentes), a palpação superficial e profunda (dor, massas, rigidez/defesa), e a percussão (timpanismo e macicez anormal) auxiliam na detecção precoce de complicações.

O aparelho geniturinário também foi incorporado nesse bloco, devido à frequência de poliúria, disúria, infecções urinárias de repetição, alterações relacionadas à função vesical (jato urinário fraco, tenesmo vesical), e vulvovaginites de repetição, associadas ao mau controle glicêmico.

O bloco de **avaliação dos pés** foi estruturado de forma abrangente, contemplando aspectos **dermatológicos, osteoarticulares, neurológicos e vasculares**, reconhecendo o pé diabético como uma das complicações mais graves e preveníveis do DM. Os enfermeiros destacaram a necessidade de sistematizar o exame, garantindo rastreamento precoce de alterações e estratificação de risco para orientar condutas e encaminhamentos.

No componente **dermatológico**, foram incluídos itens relacionados à inspeção da pele e unhas, com destaque para sinais de ressecamento, fissuras, calosidades, bolhas, deformidades, unhas espessadas, corte de unha inadequado, lesões/feridas/úlceras, necrose e pele brilhante e fina. Também foram considerados parâmetros como coloração (pálida, cianótica, dermatite ocre) temperatura (fria e quente), integridade do espaço interdigital (lesões esfoliativas, maceração e hiperemia), pilificação (diminuída, ausente) e número de pododáctilos, o que possibilita na identificação de condições de risco para o desenvolvimento de complicações.

Na avaliação **osteoarticular**, foram incorporadas deformidades ósseas típicas do pé de pessoa com diabetes, como pé neuropático tipo cavus, pé de Charcot, valgismo e dedos em garra, o que ressalta a importância de seu registro para prevenção de lesão de pressão e indicação de calçados adaptados. Os enfermeiros discutiram sobre o uso de imagens sobre os tipos de deformidades dos pés no protocolo, assim foram sugeridas imagens de acordo com o material norteador do International Working Group on the Diabetic Foot- IWGDF (IWGDF, 2023).

A avaliação da **sensibilidade protetora** foi estruturada com o uso do monofilamento de 10g de Semmes-Weinstein, aplicado nos pontos recomendados (hálux, 1º e 5º metatarsos), sendo considerada a presença de perda de sensibilidade protetora (PSP) quando ao menos um ponto estivesse ausente. Na avaliação da **sensibilidade vibratória** inclui-se o uso do método com diapasão de 128Hz, aplicado sobre a estrutura óssea, indicando a presença ou ausência de sensibilidade.

Para a avaliação da **dor neuropática**, os enfermeiros sistematizaram parâmetros quanto à localização (pé uni e bilateral, perna uni e bilateral), sintomas (queimação, dormência, formigamento, dor, alteração da percepção de temperatura, fadiga e câimbras), características da dor (piora noturna, diurna ou ambas; melhora ou piora com deambulação ou posição do membro) e intensidade por meio da escala visual analógica.

A avaliação **arterial** incluiu palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior (presente, diminuído, ausente), teste de Buerger, histórico e presença de úlceras, amputações e fatores de risco para DAP (idade > 40 anos, DM > 10 anos, HAS, hiperlipidemia, doença aterosclerótica, nefropatia, retinopatia, tabagismo, sedentarismo, excesso de peso, mau controle glicêmico, cuidado inadequado com os pés). Também foi inserida a medida do Índice Tornozelo-Braço (ITB) (normal- entre 0,9 e 1,3 seg; alterado < 0,9 seg- sugestivo de DAP) como recurso complementar.

Por fim, foi incorporado um **sistema de estratificação de risco e frequência de triagem dos pés**, de acordo com o IWGDF (2023), categorizando em risco muito baixo, baixo, moderado ou alto, e definindo a frequência de reavaliação conforme a classificação, conforme Quadro 14. Essa abordagem possibilita ao enfermeiro planejar intervenções educativas, monitoramento sistemático e encaminhamento precoce a serviços especializados.

Quadro 14 - Sistema de estratificação de risco e frequência de triagem dos pés de acordo com o International Working Group on the Diabetic Foot, 2023. Alfenas, MG, 2025.

<b>Categoria</b>	<b>Risco</b>	<b>Características</b>	<b>Frequência</b>
0	Muito Baixo	Sem LOPS e sem sinais de PAD	Anual
1	Baixo	LOPS ou PAD	Uma vez a cada 6-12 meses
2	Moderado	LOPS + PAD ou LOPS + deformidade do pé ou DAP + deformidade do pé	Uma vez a cada 3-6 meses
3	Alto	LOPS ou PAD e um ou mais dos seguintes: história de úlcera no pé, amputação de membro inferior e doença renal terminal	Uma vez a cada 1-3 meses

Nota: LOPS = Perda da Sensação Protetora; DAP = Doença Arterial Periférica;

Fonte: IWGDF, 2023

A segunda discussão do GC foi pautada na **2ª etapa do PE, diagnóstico de enfermagem**, a definição foi realizada de forma participativa, como base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2019) e no referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básica. Essa construção considerou a realidade vivenciada na APS do município, assim como as especificidades da população adscrita às unidades de saúde.

Durante o encontro, os enfermeiros analisaram criticamente os possíveis diagnósticos, discutindo a pertinência de cada um frente aos agravos mais prevalentes entre pessoas com DM. O processo foi marcado pela identificação das situações clínicas mais recorrentes no território, associadas às condições de adesão terapêutica, acesso a medicamentos e mudanças de estilo de vida, além de aspectos psicossociais e psicoespirituais.

Os profissionais ressaltaram que a padronização diagnóstica, ao mesmo tempo em que organiza o processo de trabalho, permite melhor planejamento das intervenções de enfermagem e favorece a continuidade do cuidado. Assim, foram elencados diagnósticos considerados prioritários, contemplando dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Na dimensão das **necessidades psicobiológicas**, os enfermeiros consideraram como centrais os diagnósticos relacionados à **glicemia** (hiperglicemia, hipoglicemia e nível de glicose sanguínea dentro dos limites normais), por constituírem o eixo central do acompanhamento clínico da pessoa com diabetes. Da mesma forma, destacaram **hidratação/eliminação** (desidratação e função renal prejudicada), pela elevada prevalência de alterações renais.

Ainda nesse domínio, os enfermeiros enfatizaram a importância de diagnósticos direcionados à **terapêutica/adesão**, como não adesão ao regime medicamentoso, conhecimento sobre regime medicamentoso e problema com aquisição de medicação, considerados fundamentais e estratégicos para o planejamento de intervenções educativas e de suporte diante das barreiras de acesso aos insumos de saúde.

Em relação à **alimentação**, foram discutidos e definidos os diagnósticos de obesidade, sobrepeso, conhecimento e adesão ao regime dietético, sendo recorrentes estes problemas na população adscrita e diretamente relacionados ao controle glicêmico e à prevenção de complicações.

Além disso, foram incluídos diagnósticos associados ao sistema gastrointestinal (função do sistema gastrointestinal prejudicada), sistema neurossensorial (percepção tátil prejudicada, visão prejudicada, sono prejudicado e dor) e **mobilidade** prejudicada e risco de queda foram destacados, especialmente em idosos com limitações físicas, que repercutem na qualidade de vida e na capacidade de autocuidado.

Outro ponto de consenso foi a necessidade de contemplar diagnósticos relacionados à **pele/pés** (integridade da pele prejudicada, risco e presença de úlcera de pé), devido à alta incidência dessas complicações na pessoa com DM e ao impacto direto na morbimortalidade.

Entre as complicações **cardiovasculares**, os enfermeiros apontaram como indispensáveis os diagnósticos de pressão arterial alterada, função cardíaca prejudicada,

perfusão tissular periférica prejudicada e edema periférico, o que reforça a necessidade de monitoramento contínuo desses parâmetros.

No domínio **psicológico/emocional/comportamental**, destacaram os diagnósticos de fadiga e estresse, aceitação da condição de saúde prejudicada e processo de enfrentamento prejudicado, considerados determinantes para a adesão ao tratamento e para o fortalecimento da autonomia da pessoa.

Além disso, foram incluídos diagnósticos sobre os **comportamentos de saúde** como abuso de tabaco, abuso de álcool, condição oral prejudicada e não adesão ao regime de imunização. A dimensão da **sexualidade** também foi discutida entre os enfermeiros, sendo definido o desempenho sexual prejudicado como diagnóstico a ser contemplado no protocolo.

Também foram incluídos diagnósticos relacionados aos **determinantes sociais da saúde**, como problema financeiro e problema habitacional, por serem fatores que condicionam o acesso a medicamentos, insumos e alimentação adequada, sendo barreiras centrais para o cuidado efetivo. Ademais, foram considerados diagnósticos relacionados a **cognição** prejudicada e problema de literacia, pois segundo os enfermeiros eles influenciam na capacidade de compreensão e manejo do tratamento das pessoas.

No âmbito das **necessidades psicossociais**, foi definido como diagnóstico pertinente a questão **familiar/social**, como a falta de apoio social, mediante a influência das relações familiares e comunitárias na adesão terapêutica.

Por fim nas **necessidades psicoespirituais**, os enfermeiros validaram os diagnósticos de **crença espiritual conflituosa** e **crença religiosa conflituosa**, reconhecendo que essas dimensões influenciam e impactam diretamente no enfrentamento da doença e na adesão terapêutica.

O consenso estabelecido no GC confirmou que os diagnósticos selecionados refletem as condições mais prevalentes e impactantes na população atendida, o que possibilita aos enfermeiros planejar intervenções resolutivas e coerentes com a realidade local. No decorrer da discussão os participantes reafirmaram a relevância dos diagnósticos para a orientação de cuidados efetivos. Nesse processo, destacou-se a importância de abarcar não apenas aspectos clínicos e fisiológicos, mas também dimensões sociais e espirituais, reconhecendo o cuidado integral como fundamento indispensável para a prática assistencial junto às pessoas com DM.

O próximo bloco de discussão no segundo GC foi a 3ª etapa do PE, **Planejamento de Enfermagem**, que teve como objetivo central transformar os diagnósticos levantados/escolhidos, em um plano de cuidados estruturado, construído de forma coletiva, fundamentado na TNHB e na CIPE® (2019–2020). Os enfermeiros discutiram e definiram,

para cada diagnóstico, os resultados esperados e as intervenções correspondentes, sempre justificando as escolhas em função da realidade da APS e das diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Diabetes.

A discussão iniciou-se pela dimensão das necessidades psicobiológicas, destacando a **glicemia** como eixo central do acompanhamento clínico. Para o diagnóstico de **nível de glicose sanguínea nos limites normais; hiperglicemia e hipoglicemia**, os enfermeiros pactuaram como resultado esperado os níveis de glicose sanguínea nos limites normais, dentro de metas individualizadas, com redução de sinais e sintomas de descompensação.

A primeira intervenção proposta foi confirmar o controle glicêmico, utilizando os resultados do Automonitoramento Glicêmico Capilar (AMGC) realizado em domicílio ou na unidade. Para isso, pactuou-se a orientação sistemática sobre a importância do AMGC, sua frequência e horários de aferição, bem como o ensino do uso correto do glicosímetro. Os enfermeiros justificaram essa ação pela constatação de falhas no manuseio do equipamento e na regularidade do monitoramento, o que compromete ajustes terapêuticos e metas de tratamento.

Evidenciou-se também a importância de revisar e reforçar com a pessoa com DM as metas glicêmicas recomendadas: glicemia capilar em jejum entre 80-130 mg/dL, duas horas após início das refeições <180 mg/dL e ao deitar entre 90-150 mg/dL. Também foram discutidos os alvos de hemoglobina glicada (HbA1c) <7,0% para a maioria dos adultos, entre 7,0% e 7,5% para idosos com cognição e funcionalidade preservadas e <8,0% para idosos frágeis ou com comorbidades limitantes, a fim de evitar hipoglicemias graves, conforme recomendação da SBD. Esses parâmetros são recomendados pelas atuais Diretrizes Brasileiras de Diabetes.

Outra prioridade definida foi orientar sobre sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, a fim de favorecer o reconhecimento precoce de alterações e a busca imediata por atendimento. Associou-se a essa intervenção a verificação da adesão ao tratamento (plano alimentar, atividade física e medicação) e a educação em saúde como ação de acompanhamento longitudinal, sobre comportamentos para manutenção do controle e do autocuidado, ações reconhecidas como determinantes para o sucesso terapêutico.

Os enfermeiros também pactuaram o encaminhamento para nutricionista, educador físico e médico quando indicado pela avaliação clínica e pelo risco, pois compreendem que a abordagem multiprofissional potencializa os resultados.

Para situações de hiperglicemia aguda ou grave, foram previstas intervenções específicas: verificar sinais de gravidade (náuseas, vômitos, dor abdominal, desidratação, hálito

cetônico, taquipneia, hipotensão, alterações do nível de consciência), monitorar glicemia capilar com maior frequência, reforçar hidratação hídrica, administrar insulina conforme prescrição e encaminhar para serviço de urgência quando necessário. Essas condutas visam prevenir complicações graves, como cetoacidose e estado hiperosmolar não cetótico.

Nos casos de hiperglicemia persistente, avaliar se a pessoa está assintomática ou sintomática (sede, poliúria, perda ponderal, fadiga, visão turva), verificar resultados do AMGC, orientar novamente sobre o uso de glicosímetro e metas glicêmicas, identificar fatores desencadeantes e reforçar comportamentos de autocuidado, incluindo adesão, acompanhamento regular e exames periódicos. Também se estabeleceu o rastreamento sistemático de complicações crônicas e o encaminhamento para outros profissionais conforme avaliação clínica.

Para o manejo da hipoglicemia (glicemia capilar  $<70$  mg/dL ou  $<54$  mg/dL), acordou-se verificar sinais clínicos como tontura, alterações do nível de consciência ou impossibilidade de ingestão oral; avaliar resultados do AMGC; e encaminhar para avaliação médica imediata quando necessário. O manejo inclui ingerir carboidrato de rápida absorção nos casos leves como, suco ou balas, exceto com chocolate ou água com açúcar e, diante de rebaixamento de consciência, colocar a pessoa em posição de conforto, lateralizar a cabeça e aplicar 15 a 30 g de açúcar ou mel na face interna da bochecha enquanto se aguarda atendimento de emergência. Essas condutas foram justificadas pelos enfermeiros como fundamentais para prevenir complicações graves e garantir resposta rápida às situações de risco.

As intervenções relacionadas à **hidratação e eliminação**, foram centradas no diagnóstico de **desidratação**, com o resultado esperado de hidratação adequada. Foram pactuadas ações voltadas à avaliação clínica minuciosa, como a verificação rotineira da glicemia capilar e a orientação sistemática sobre a importância do AMGC no domicílio, por ser um indicador indireto de risco de descompensação metabólica. Também se estabeleceu a avaliação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura) e o acompanhamento de sinais e sintomas de desidratação, incluindo mucosas orais e língua, turgor cutâneo, globo ocular, perfusão tissular, sede intensa, poliúria, redução do débito urinário em fases avançadas, fraqueza, fadiga, letargia, tontura, câibras musculares, cefaleia e alterações do nível de consciência. Essa avaliação detalhada foi justificada pelos enfermeiros como importante para detectar precocemente alterações do equilíbrio hídrico e intervir antes da instalação de complicações graves.

Outra prioridade foi identificar as causas desencadeantes da desidratação, como vômito, diarreia, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar, febre e uso de medicamentos diuréticos,

para subsidiar medidas corretivas. Os enfermeiros destacaram ainda a necessidade de orientar sobre ingestão hídrica adequada e reposição rápida de líquidos por via oral, levando em conta eventuais dificuldades de acesso à água ou de deglutição, como pode ocorrer com os idosos. Em situações de não melhora clínica, pactuou-se reforçar a orientação para procurar o serviço de saúde. Essas intervenções visam prevenir deterioração clínica, reduzir internações e melhorar o prognóstico.

Quanto ao diagnóstico de **função renal prejudicada**, com o resultado esperado de função renal eficaz, os enfermeiros definiram ações voltadas à avaliação sistemática da função renal por meio da Taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGe), albuminúria, controle glicêmico (HbA1c), pressão arterial e presença de anemia. Também foram priorizadas a verificação de sinais e sintomas de disfunção renal (edema, fadiga e alterações urinárias) e a identificação de fatores de piora da função renal, como o uso de medicações nefrotóxicas.

As ações educativas incluíram orientar e reforçar hábitos de vida saudáveis e dietas específicas (restrição adequada de sódio, proteína, fósforo, potássio e lipídios), promoção da hidratação e combate ao tabagismo, assim como o reforço das metas de controle intensivo de glicemia e pressão arterial. Essas condutas foram justificadas pelos enfermeiros como fundamentais para retardar a progressão da doença renal e evitar complicações cardiovasculares. Também foram pactuados a garantia do acesso à informação, a continuidade do cuidado e, quando necessário, o encaminhamento para tratamento especializado, assegurando manejo multiprofissional e acompanhamento longitudinal.

No domínio das necessidades psicobiológicas relacionadas à terapêutica e adesão ao tratamento, os enfermeiros, estruturaram intervenções voltadas ao diagnóstico de **não adesão ao regime medicamentoso, conhecimento sobre o regime medicamentoso e problema com aquisição de medicamentos**, com o resultado esperado de adesão eficaz ao tratamento e maior compreensão sobre a terapêutica.

Inicialmente, foi definida a identificação sistemática das causas e barreiras à adesão, incluindo esquecimento, efeitos colaterais, custos, crenças pessoais, dificuldades cognitivas ou de compreensão, e fatores socioeconômicos e culturais.

Os enfermeiros salientaram sobre a importância de se verificar o conhecimento das pessoas sobre seus medicamentos (nome, dose, horário e finalidade) e a explicação clara sobre a importância da regularidade nas doses, horários e conservação dos medicamentos, favorecendo a autonomia do paciente. Também se incluiu a observação e o ensino das habilidades práticas para o preparo, aplicação, armazenamento e transporte de insulina, bem

como orientações sobre o descarte correto de perfurocortantes, reconhecendo a importância da segurança domiciliar e da redução de riscos.

Foram reforçadas a importância da adesão medicamentosa para o controle glicêmico e prevenção de complicações e a necessidade de manter as consultas de acompanhamento agendadas. A estratégia incluiu explicar a prescrição médica, verificar a compreensão e esclarecer dúvidas, além de orientar, verificar e manejar possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas.

Os enfermeiros também decidiram pactuar metas realistas com as pessoas, estabelecendo estratégias para facilitar o uso correto dos medicamentos, como lembretes, caixas organizadoras, alarmes ou aplicativos, de acordo com as possibilidades de cada pessoa. Definiu-se ainda o monitoramento regular da adesão e da glicemia, com reavaliação do plano terapêutico em conjunto com o médico quando necessário.

Por fim, foi pactuado o encaminhamento para outros profissionais, como farmacêutico e psicólogo, conforme a necessidade, e a orientação sobre os fluxos regulatórios para acesso a medicamentos e insumos fornecidos pelo SUS, garantindo que as pessoas compreendam como obter de forma contínua os recursos necessários ao tratamento.

Essas intervenções foram justificadas pelos enfermeiros como fundamentais para assegurar não apenas a adesão medicamentosa, mas também o protagonismo da pessoa com DM para o autocuidado, a fim de prevenir complicações e melhorar os resultados clínicos.

Em relação ao domínio da **alimentação**, os enfermeiros definiram intervenções voltadas ao diagnóstico de **adesão ao regime dietético, conhecimento sobre regime dietético, obesidade e sobrepeso**.

As ações pactuadas incluíram avaliar o conhecimento prévio das pessoas sobre alimentação adequada e identificar barreiras à adesão, considerando fatores socioeconômicos, culturais, emocionais e cognitivos. A partir dessas informações, os enfermeiros devem orientar sobre o plano alimentar individualizado, elaborado pela equipe multiprofissional, incentivando o fracionamento das refeições, a escolha de alimentos com baixo índice glicêmico, a redução de açúcares simples e ultraprocessados, o consumo adequado de fibras e hidratação, bem como o uso correto de adoçantes.

Também foram reforçadas técnicas culinárias saudáveis (evitar frituras, preferir preparações cozidas ou assadas), o hábito de ler rótulos e controlar porções e o envolvimento da família e cuidadores no plano alimentar, de modo a favorecer um ambiente de apoio. Para estimular o autocuidado, os enfermeiros recomendaram o registro diário da alimentação, o acompanhamento regular do peso, IMC e exames laboratoriais; agendamentos de retornos

periódicos para reavaliação e reforço das orientações e encaminhamentos para nutricionista sempre que necessário.

Em relação à função **gastrointestinal**, os enfermeiros definiram intervenções para o diagnóstico de **função do sistema gastrointestinal prejudicada**, tendo como resultado esperado a função gastrointestinal eficaz.

As ações pactuadas foram a avaliação sistemática da presença de sintomas gastrointestinais, como constipação, náuseas, diarreia, distensão abdominal e refluxo; verificação dos medicamentos utilizados e efeitos colaterais que possam interferir no funcionamento do trato digestivo, especialmente o uso de metformina. Também se estabeleceu a avaliação do padrão intestinal e dos hábitos alimentares, visando identificar fatores desencadeantes dos sintomas.

Como medidas de intervenção, foi definido o estímulo ao aumento do consumo de fibras (frutas e verduras), à ingestão adequada de água e ao fracionamento das refeições, além de orientar sobre mastigação adequada, alimentação lenta e evitar alimentos que agravem sintomas gastrointestinais, como alimentos gordurosos, cafeína e bebidas gasosas.

Os enfermeiros ainda reforçaram a importância da atividade física regular para estimular o peristaltismo, bem como da higiene e preparo adequado dos alimentos, o que inclui o uso de água potável e tratamento com solução de hipoclorito quando necessário, e da regularidade nos horários das refeições.

Para o acompanhamento, foi pactuado o registro e monitoramento da evolução dos sintomas e hábitos intestinais, além do encaminhamento para nutricionista e/ou gastroenterologista quando necessário, a fim de garantir uma abordagem multiprofissional.

As intervenções relacionadas ao sistema **neurossensorial** foram voltadas para a prevenção, detecção precoce e manejo das complicações decorrentes do DM, com vistas à preservação da sensibilidade tátil, visão, controle da dor e qualidade do sono.

Para o diagnóstico de **percepção tátil prejudicada**, com resultado esperado de percepção tátil eficaz, os enfermeiros enfatizaram a importância de testes específicos de sensibilidade protetora (monofilamento e vibratória); verificação de queixas como dormência, formigamento, queimação ou perda de sensibilidade; avaliação da integridade da pele e dos pés; orientação da autoavaliação diária, com cuidados de higiene e hidratação (sem umidade entre os dedos), corte adequado das unhas e uso de calçados fechados e confortáveis, com meias de algodão que, quando contiverem costuras, devem ser utilizadas do lado avesso, evitando chinelos, sandálias abertas, saltos finos, andar descalço, devendo os calçados serem inspecionados antes do uso. Além disso, reforçam a importância do controle glicêmico,

fornecerem materiais educativos com imagens e orientações práticas e encaminhar para avaliação especializada quando necessário.

Para o diagnóstico de **dor**, com resultado esperado de controle da dor, foram propostas avaliações sistemáticas da localização, intensidade, duração e características (usando escalas numéricas ou visuais), a fim de investigar sua relação com complicações do diabetes, fatores desencadeantes e atenuantes; registro do histórico de uso de analgésicos, monitoramento efeitos adversos de medicamentos e orientação de medidas não farmacológicas (compressas, repouso, exercícios leves e alongamentos). Também definiram como importante o incentivo à prática regular de atividade física adaptada, o controle glicêmico para prevenção da dor neuropática e encaminhamento para equipe multiprofissional quando necessário.

Quanto ao diagnóstico de **visão prejudicada**, definiram sobre a avaliação das queixas visuais (embaçamento, dificuldade para ler, dor ocular), histórico de retinopatia diabética e adesão ao acompanhamento oftalmológico. Foram reforçadas orientações sobre controle glicêmico e pressórico, sinais de alerta (manchas na visão, perda súbita ou visão dupla, sensibilidade a luz, pontos ou machas na visão que se movem) e avaliação do impacto das limitações visuais no autocuidado, como uso de medicamentos e aplicação de insulina.

Para o diagnóstico de **sono prejudicado**, os enfermeiros salientaram a importância de investigar os fatores clínicos e emocionais relacionados (hipoglicemia noturna, dor, ansiedade); avaliar o uso de substâncias que interferem no sono (caféina, álcool, estimulantes); monitorar padrão de sono, fadiga e energia para atividades diárias; e verificar horários de aplicação de insulina e sintomas noturnos, orientando sobre a manutenção de uma rotina regular de atividades diurnas e horários fixos para dormir e acordar.

No âmbito da **mobilidade**, os enfermeiros identificaram diagnósticos de **mobilidade prejudicada e risco de quedas**. As ações versaram com o objetivo de reduzir riscos, preservar a funcionalidade e favorecer a independência da pessoa com DM. Assim, envolveram a orientação sobre técnicas corretas de deambulação e o uso seguro de dispositivos auxiliares, como muletas, bengalas, andadores ou cadeiras de rodas, com vistas a maior autonomia e segurança durante os deslocamentos. Foram reforçadas estratégias de prevenção de quedas e acidentes domésticos, incluindo a escolha de calçados adequados e estáveis; promoção do estímulo à prática regular de exercícios voltados ao fortalecimento muscular e ao equilíbrio; e encaminhamento para fisioterapia sempre que necessário. Além disso, reiteraram a importância de envolver a família no suporte, a fim de garantir acompanhamento durante atividades que exigem maior esforço físico.

No componente **pele e pés**, os enfermeiros definiram diagnósticos de **integridade da pele prejudicada, risco de pé diabético e úlcera de pé diabético**, com resultados esperados de integridade da pele preservada e prevenção de úlceras. As ações foram direcionadas para avaliação sistemática da integridade da pele, identificação de áreas de risco e orientação para cuidados diários com os pés, incluindo higiene, inspeção e hidratação adequada, evitando umidade entre os dedos para prevenir infecções. Destacaram a importância de orientar sobre autocuidado com os pés, incluindo corte de unhas reto, sem remover cantos ou cutículas, uso de lixa, meias de algodão sem costuras grossas ou elástico apertado, bem como identificação de sinais de alerta (calos, bolhas, micoses, rachaduras). Assim como, o uso de calçados fechados, confortáveis e de proteção adequada, evitando andar descalço, utilizar sandálias abertas ou salto fino, e recomendando inspeção prévia dos calçados antes do uso. Reforçou-se a importância do controle rigoroso da glicemia para prevenção de complicações.

Evidenciaram a importância da avaliação dos pés, de acordo com o aprazamento estabelecido pela SBD, para risco de ulceração, com testes de sensibilidade (monofilamento, diapasão), palpação de pulsos pediosos e tibiais posteriores; avaliação de sinais de comprometimento arterial e medição do Índice Tornozelo-Braço (ITB). Quando necessário, realizar encaminhamentos para avaliação médica em casos de alterações vasculares ou ITB alterados. Essas ações integradas buscam reduzir o risco de úlcera de pé diabético, manter a integridade da pele e fortalecer o autocuidado diário das pessoas com diabetes.

No componente **respiratório**, os enfermeiros discutiram como intervenções baseadas no diagnóstico de **função do sistema respiratório prejudicada**. Envolveu-se a avaliação sistemática do padrão respiratório, observando frequência, ritmo, profundidade e presença de ruídos anormais, além do monitoramento da saturação de oxigênio e de sinais de hipóxia ou esforço respiratório; avaliação do histórico de doenças respiratórias associadas (como DPOC, asma e infecções) e identificação precoce de sinais de infecção respiratória (tosse, febre, secreção); reforçaram a importância do controle glicêmico para prevenção de infecções pulmonares.

Além disso, salientaram a importância sobre hidratação adequada para fluidificar secreções; verificação do uso de broncodilatadores e inaladores e instrução quanto ao uso correto dos medicamentos. Houve ênfase na identificação e eliminação de fatores ambientais nocivos (fumaça, poeira, mofo) e no abandono do tabagismo, com apoio profissional. Em casos de piora clínica ou suspeita de infecção, as pessoas serão encaminhadas para atendimento médico especializado.

No acompanhamento de pessoas com DM, o cuidado com o sistema **cardiovascular** é fundamental, mediante ao risco aumentado de complicações cardíacas e vasculares. Assim, os diagnósticos de enfermagem definidos foram **função cardíaca prejudicada**, **edema periférico**, **pressão arterial alterada** e **perfusão tissular periférica prejudicada**.

Na **função cardíaca prejudicada**, as intervenções incluíram a avaliação sistemática de sinais vitais e sintomas cardíacos (dispneia, fadiga, dor torácica, edema, dor torácica), monitoramento da glicemia capilar com orientação sobre metas glicêmicas, observação de edema e variações de peso, incentivo à adesão ao tratamento medicamentoso, além da promoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação balanceada, prática regular de atividade física leve, abandono do tabagismo e redução do consumo de álcool. A detecção precoce de sinais de má perfusão, como extremidades frias, cianose ou tontura, e a orientação sobre sinais de alerta que justifiquem procura imediata de serviço médico são essenciais, assim como o encaminhamento para avaliação médica em caso de piora clínica.

Em relação a **pressão arterial alterada**, as ações de enfermagem incluem aferição sistemática da pressão arterial, monitoramento de variações ao longo do tempo, avaliação da adesão e uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos, uso de medicamentos que possam interferir na PA (anti-inflamatórios, descongestionantes), orientação sobre alimentação saudável (restrição de sal e gordura), prática regular de atividade física, controle do peso corporal, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool. Ademais, a avaliação de sinais de lesões em órgãos-alvo e encaminhamento para avaliação médica quando a PA se mantiver elevada ou houver sintomas associados, como cefaleia intensa, tontura ou dor torácica.

A **perfusão tissular periférica prejudicada** constitui um terceiro diagnóstico de enfermagem relevante, evidenciada por extremidades frias, palidez, cianose, dor em repouso, claudicação intermitente ou edema. As intervenções incluem avaliação da temperatura, coloração da pele, tempo de preenchimento capilar, presença de pulsos periféricos, dor em repouso e claudicação, monitoramento da pressão arterial e do controle glicêmico, além da observação de sinais de neuropatia e comprometimento vascular, como unhas quebradiças, ausência de pelos e pele ressecada. A promoção de atividade física leve, a orientação sobre os riscos do tabagismo, o monitoramento da adesão ao tratamento medicamentoso e o encaminhamento para avaliação médica ou vascular em caso de alterações no ITB, presença de úlceras ou ausência de pulsos periféricos completam as estratégias de cuidado.

No cuidado de pessoas com DM, a dimensão **psicológico/emocional/comportamental** assume papel central, uma vez que fatores emocionais influenciam diretamente o controle glicêmico e a qualidade de vida. O diagnóstico de **fadiga**, identificado pela presença de cansaço

persistente, baixa energia e diminuição da capacidade para realizar atividades diárias, incluiu intervenções como avaliação da intensidade, frequência e fatores desencadeantes da fadiga, investigação de condições associadas (controle glicêmico inadequado, anemia, distúrbios do sono, dor ou depressão); orientação sobre a importância do descanso e higiene do sono; incentivo à prática gradual e regular de exercícios físicos conforme tolerância; e promoção de alimentação equilibrada e hidratação adequada.

No diagnóstico **estresse**, como resposta emocional diante de situações desafiadoras, manifestando-se por sintomas físicos, emocionais ou comportamentais, as intervenções de enfermagem incluíram a avaliação das fontes e intensidade do estresse; incentivo à prática regular de atividade física; orientação sobre a influência do estresse no manejo do diabetes; estímulo à participação em atividades sociais e comunitárias; e encaminhamento para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico quando necessário.

O diagnóstico de **processo de enfrentamento prejudicado e aceitação da condição de saúde prejudicada** refere-se à dificuldade do paciente em lidar com o diagnóstico e as demandas do tratamento, manifestando sentimentos de negação, raiva, culpa ou desânimo. As intervenções de enfermagem incluíram a avaliação da percepção e das reações do paciente diante do diagnóstico; identificação de sentimentos e emoções associados à doença; fornecimento de informações claras sobre o diabetes, tratamento e autocuidado de acordo com o nível de compreensão do paciente; e reforço do papel ativo do paciente no controle da doença.

No componente **exercício físico**, o diagnóstico de **adesão ao regime de exercício físico**, as intervenções de enfermagem versaram acerca da avaliação dos hábitos atuais de atividade física e possíveis limitações; orientação sobre os benefícios do exercício físico na gestão do diabetes e na prevenção de complicações; e desenvolvimento de estratégias individualizadas para superar barreiras, promovendo motivação e adesão segura ao programa de exercícios.

Outro componente importante no contexto da pessoa com DM é o **estilo de vida e os comportamentos de saúde**, com vistas a prevenção de complicações e manutenção da qualidade de vida. O diagnóstico de **abuso de tabaco** teve como intervenções de enfermagem a inclusão da avaliação do padrão e intensidade do consumo, orientação sobre os benefícios da cessação do tabagismo, identificação de barreiras e motivadores para mudança, e encaminhamento para programas de cessação do tabagismo ou grupos de apoio.

De forma similar, o diagnóstico de **abuso de álcool** contemplou a avaliação do padrão e frequência do consumo, incentivo à adoção de estratégias de enfrentamento saudáveis, orientação para mudança comportamental e encaminhamento para grupos de apoio, psicólogo ou serviços especializados em dependência química.

Para o diagnóstico de **condição oral (ou bucal) prejudicada**, os enfermeiros incluíram como intervenções a avaliação detalhada da cavidade oral (lesões, gengivite, sangramentos, xerostomia, cáries ou próteses mal ajustadas), orientação sobre a relação entre controle glicêmico e saúde bucal, e encaminhamento para avaliação odontológica periódica.

Por fim, para o diagnóstico de **não adesão ao regime de imunização**, as intervenções envolveram a verificação da situação vacinal, conforme o calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI); orientação sobre a importância da imunização; agendamento ou encaminhamento para vacinação e estímulo à manutenção das vacinas em dia, inclusive no adulto.

No cuidado de pessoas com DM, a dimensão da **sexualidade** merece atenção, uma vez que alterações na função sexual podem impactar a qualidade de vida, a autoestima e o bem-estar emocional. O diagnóstico de **desempenho sexual prejudicado** refere-se à presença de disfunções sexuais, como disfunção erétil, diminuição da libido, dor ou insatisfação sexual, frequentemente associadas ao controle glicêmico inadequado e a fatores emocionais. Assim, as intervenções de enfermagem incluídas foram a identificação das alterações sexuais relatadas pelo paciente; orientação sobre a relação entre controle glicêmico e função sexual; encaminhamento para avaliação médica especializada (urologia, ginecologia ou endocrinologia) e acompanhamento psicológico, quando necessário, visando abordagem integral e individualizada do problema.

Outro componente de destaque no cuidado à pessoa com DM é o **socioeconômico**, pois influencia diretamente na adesão ao tratamento, no controle glicêmico e na prevenção de complicações. O diagnóstico de **problema habitacional** se refere a condições inadequadas de moradia, como ausência de residência, habitação insalubre, superlotação ou risco social, que podem comprometer o armazenamento de insulina, a alimentação adequada e a higiene pessoal. As intervenções de enfermagem discutidas foram a identificação das condições de moradia; avaliação do impacto sobre o manejo do diabetes; encaminhamento para a equipe de assistência social e realização de visitas domiciliares, quando possível, em parceria com a equipe multiprofissional.

Já o diagnóstico de **problema financeiro** está relacionado a barreiras econômicas que dificultam o acesso a medicamentos, alimentação adequada, transporte ou consultas de acompanhamento. As ações incluídas foram a identificação das barreiras econômicas; verificação do cadastro da pessoa em programas de assistência farmacêutica gratuita, orientação sobre direitos garantidos pelo SUS e encaminhamento para serviços de apoio social que possam auxiliar na superação dessas dificuldades.

A dimensão **cognitiva e educacional** é importante para garantir a compreensão do tratamento e a adesão às recomendações de saúde. O diagnóstico de **cognição prejudicada** indica comprometimentos nas funções cognitivas, que podem dificultar a capacidade de seguir orientações e autocuidado. Posto isso, as intervenções de enfermagem foram avaliação do grau de comprometimento cognitivo (memória, atenção, linguagem ou raciocínio); identificação de fatores contribuintes, como hipoglicemia frequente, hiperglicemia, uso de medicamentos, idade avançada ou doenças associadas; observação da capacidade do paciente em compreender e seguir instruções; envolvimento de familiares ou cuidadores quando necessário; e reforço contínuo das orientações em todas as consultas.

O diagnóstico de **problema de literacia** em saúde refere-se à dificuldade do paciente em ler, interpretar e seguir instruções relacionadas ao tratamento, incluindo rótulos de medicamentos e receitas médicas. O resultado esperado é a melhoria da literacia em saúde, com compreensão adequada da condição, tratamento e orientações, promovendo autonomia e adesão segura. As intervenções de enfermagem incluíram a avaliação do nível de compreensão; uso de linguagem simples, direta e acessível; utilização de recursos visuais e demonstração prática de procedimentos, como aplicação de insulina e uso de glicosímetro; confirmação da compreensão por meio da técnica de *teach-back* (ensinar de volta); e envolvimento de familiares ou cuidadores no processo educativo, quando necessário.

Na dimensão das **necessidades psicossociais**, o suporte familiar e social exerce papel fundamental no manejo da doença, na adesão ao tratamento e na promoção do bem-estar. O diagnóstico de **falta de apoio social** refere-se à ausência ou insuficiência de suporte familiar, comunitário ou social, que pode comprometer a capacidade do paciente de enfrentar os desafios do diabetes. Os enfermeiros definiram como intervenções, a avaliação da rede de apoio disponível; identificação de barreiras que dificultem o acesso a recursos sociais; estímulo ao paciente para estabelecer ou fortalecer vínculos sociais e familiares; e orientação de familiares e cuidadores sobre a importância do suporte contínuo no manejo da doença.

E por fim, na dimensão psicoespiritual, o diagnóstico de **crença espiritual conflituosa** refere-se à dificuldade do paciente em integrar suas crenças de fé ao autocuidado, podendo gerar insegurança ou desmotivação. O resultado esperado é o desenvolvimento de uma crença espiritual eficaz, que contribua para o fortalecimento do autocuidado e do bem-estar emocional. As intervenções de enfermagem incluíram o estímulo a reflexão sobre formas de fé que promovam saúde e autocuidado, valorizando os recursos espirituais da pessoa. E o diagnóstico de **crença religiosa conflituosa**, com a presença de sentimentos de culpa, punição ou negação da doença associados à religião ou à fé. O resultado esperado é a adoção de uma crença religiosa

eficaz, que favoreça a aceitação da condição de saúde e a motivação para o autocuidado. As intervenções foram identificar falas ou comportamentos que indiquem conflito religioso; orientar e incentivar o paciente a buscar apoio espiritual ou religioso que promova saúde, bem-estar e engajamento nas práticas de autocuidado.

Outro bloco de discussão nesse grupo de convergência foi com relação a **quarta etapa do Processo de Enfermagem**, a “**Implementação de Enfermagem**”, na qual as ações previamente planejadas são executadas de forma sistemática e organizada, com base nas necessidades de saúde identificadas, nos diagnósticos de enfermagem formulados e nos resultados esperados para o cuidado à pessoa com DM na APS.

As intervenções propostas nesta fase serão operacionalizadas pelo enfermeiro segundo o plano de cuidados definido na etapa anterior, o que garante coerência entre avaliação clínica, julgamento diagnóstico e escolha das ações. Essa sistematização confere à prática clínica caráter lógico, planejado e individualizado, o que favorece a tomada de decisão fundamentada em evidências e o acompanhamento qualificado da pessoa. Além disso, a execução ordenada das intervenções permite monitorar de maneira contínua a evolução do cuidado e facilita ajustes oportunos, o que contribui para a integralidade do cuidado, para o alcance das metas terapêuticas pactuadas com a pessoa e para o fortalecimento do vínculo profissional-paciente.

Posto isso, para orientar e padronizar esse processo, os enfermeiros recomendaram o uso de um **quadro-registro no protocolo**, onde ele irá registrar de forma sistemática cada etapa do cuidado (necessidade de saúde, diagnóstico de enfermagem, resultado esperado e intervenção/ação), a fim de garantir rastreabilidade, avaliação e continuidade da assistência.

Por fim, o último bloco de discussão do segundo GC foi a quinta etapa do Processo de Enfermagem, “**Evolução de Enfermagem**”. Os enfermeiros definiram que a evolução deveria funcionar como um instrumento sistemático de monitoramento contínuo da pessoa com DM atendida na APS. Essa etapa foi estruturada para permitir acompanhar a resposta da pessoa ao plano de cuidados instituído, avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem e ajustar condutas sempre que necessário, a fim de garantir a integralidade do cuidado e o alcance das metas terapêuticas pactuadas.

Considerando a realidade do contexto local e as características da população, os enfermeiros julgaram indispensável incluir no protocolo de evolução itens que permitissem avaliar tanto parâmetros clínicos objetivos como aspectos subjetivos do autocuidado e qualidade de vida. Dessa forma, foi elaborado um *checklist* que contempla indicadores clínicos (HbA1c, pressão arterial, perfil lipídico, IMC, circunferência abdominal), complicações agudas e crônicas (hipoglicemia, hiperglicemia, retinopatia, nefropatia, pé diabético), indicadores

comportamentais e educacionais (adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, prática de autocuidado, compreensão sobre a doença e tratamento, qualidade de vida nas dimensões psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual).

Os enfermeiros reforçaram a necessidade de incluir, no protocolo, um campo para “ajuste do plano de cuidados”, a fim de permitir registrar as adequações feitas a partir dos resultados observados, e um espaço para “outras observações”, para contemplar situações específicas que não estejam previstas nas metas padronizadas, mas que sejam relevantes no contexto. Outro ponto ressaltado foi a importância de registrar sistematicamente a evolução em prontuário, com vistas a assegurar a continuidade do cuidado, a comunicação entre profissionais da equipe multiprofissional e a rastreabilidade dos resultados obtidos ao longo do tempo.

Ao final do encontro, percebeu-se que o segundo grupo de convergência consolidou um roteiro estruturado e consensual de cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes, articulando diagnósticos, resultados esperados e intervenções justificadas, fundamentadas na CIPE® 2019/2020, na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e nas diretrizes nacionais. Esse processo evidenciou o protagonismo dos enfermeiros na construção coletiva de um protocolo assistencial viável e centrado na pessoa.

#### 7.1.5.3 Terceiro Grupo de Convergência: produto parcial e validação com os enfermeiros

O terceiro e último GC, realizado em 04/07/2025, com duração de três horas, com a participação de seis enfermeiros, constituiu a etapa de validação participativa do protocolo “Protocolo de Consulta de Enfermagem à pessoa com DM na APS”. Dez dias antes do encontro, os enfermeiros receberam, por e-mail, a versão preliminar do documento, acompanhada de orientações para leitura crítica e reflexiva (Apêndice D). Solicitou-se contribuições relacionadas à estrutura, linguagem e terminologia, viabilidade e aplicabilidade, e coerência com as necessidades locais, a fim de favorecer a análise minuciosa do conteúdo e da aplicabilidade do protocolo de consulta de enfermagem à pessoa com DM na APS (Quadro 15).

Quadro 15 - Terceiro grupo de convergência - validação participativa e coletiva do protocolo. Alfenas, MG, Brasil, 2025.

<b>TERCEIRO GRUPO DE CONVERGÊNCIA</b>			
<b>Data:</b> 04/07/2025			
<b>Duração:</b> 3h			
<b>Participantes:</b> 6 enfermeiros			
<b>Fase do GC: 4 R's" (Reconhecimento, Revelação, Repartir e Repensar)</b>			
<b>Momento/Foco do encontro</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais contribuições dos enfermeiros</b>	<b>Exemplos extraídos das notas de campo</b>
Abertura e contextualização do encontro	Apresentar o objetivo do terceiro GC: validar o "Protocolo de Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes <i>Mellitus</i> na APS" com base nos eixos estrutura; linguagem e terminologia; viabilidade e aplicabilidade; e coerência com as necessidades locais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforço do caráter participativo e horizontal do grupo.</li> <li>- Expectativa de reconhecer no protocolo a realidade do trabalho do enfermeiro na APS.</li> <li>- Valorização do processo coletivo e da construção científica baseada na prática.</li> </ul>	NC: "É importante que o protocolo seja algo nosso, que represente o que realmente fazemos e enfrentamos no dia a dia."

<p>Validação participativa do Protocolo de Consulta de Enfermagem à pessoa com DM na APS</p>	<p>Analisar e validar coletivamente a versão preliminar do protocolo, considerando os eixos: estrutura, linguagem, viabilidade e coerência com as necessidades locais.</p> <p>Refletir sobre a completude e aplicabilidade do documento como tecnologia leve para o cuidado clínico do enfermeiro na APS.</p>	<p><b>ESTRUTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reafirmação da organização segundo o Processo de Enfermagem (avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução).</li> <li>- Reforço da sequência lógica das etapas, garantindo fluidez entre investigação, raciocínio diagnóstico e intervenções.</li> <li>- Valorização de campos padronizados, com espaços para registros descritivos livres, a fim de contemplar especificidades do território e da pessoa,</li> </ul>	<p><b>ND:</b> “Está bem estruturado, mas é importante seguir a lógica do processo de enfermagem para facilitar o raciocínio clínico durante a consulta.”</p> <p><b>NC:</b> A divisão por domínios ajuda a não esquecer aspectos psicossociais e espirituais.”</p> <p><b>ND:</b> “A estrutura do protocolo está muito boa”.</p> <p><b>ND:</b> “Gostei bastante da forma como feita a divisão.”</p>
		<p><b>LINGUAGEM E TERMINOLOGIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concordância com o uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2019–2020) como referência terminológica.</li> <li>- Validação da correspondência entre diagnósticos, resultados esperados e intervenções com seus respectivos códigos CIPE®.</li> <li>- Adequação dos termos aos focos e julgamentos de enfermagem da CIPE®, com exemplos práticos de como os códigos aparecem nos registros.</li> <li>- Recomendação de uniformizar termos técnicos.</li> <li>- Reconhecimento da linguagem padronizada como elemento formador da</li> </ul>	<p><b>NC:</b> “A linguagem do protocolo como um todo está muito objetiva, clara e fácil para registro.”</p> <p><b>ND:</b> “A linguagem da CIPE® dá respaldo e padroniza o que a gente faz.”</p> <p><b>ND:</b> “É importante que os termos estejam sempre nos diagnósticos e nas intervenções para facilitar o</p>

		<p>identidade profissional e da visibilidade e legitimidade da prática de enfermagem na APS.</p>	<p>registro e a comunicação entre equipes.”</p> <p><b>ND:</b> “Deixa o protocolo mais técnico e reconhecido, e facilita quando o registro é integrado ao prontuário eletrônico.”</p>
		<p><b>VIABILIDADE E APLICABILIDADE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sugestão de otimizar o layout e de compatibilizar o instrumento ao PEC e-SUS, sem comprometer o raciocínio clínico.</li> <li>- Sugestão de inclusão de campos objetivos para indicadores de acompanhamento clínico, como HbA1c, pressão arterial, IMC, circunferência abdominal e estratificação de risco para pé diabético.</li> <li>- Reforço do formato adequado para uso tanto nas unidades básicas quanto em visitas domiciliares.</li> <li>- Reforço da funcionalidade do instrumento frente à sobrecarga assistencial do enfermeiro na APS, e da importância de integrar as informações ao prontuário eletrônico (PEC e-SUS).</li> </ul>	<p><b>NC:</b> “O protocolo precisa ser funcional; não adianta ser completo se não couber no tempo da consulta.”</p> <p><b>NC:</b> Se for muito extenso, fica inviável na rotina.”</p>
		<p><b>COERÊNCIA COM AS NECESSIDADES LOCAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Validação da correspondência entre os diagnósticos e as necessidades reais da população atendida na APS, com destaque para aspectos do autocuidado, adesão terapêutica, risco de pé diabético, função renal e apoio social.</li> <li>- Reconhecimento da abrangência das dimensões psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, refletindo a complexidade do cuidado à pessoa com DM.</li> </ul>	<p><b>NC:</b> “Tem que refletir o que vivemos na UBS, nossos pacientes têm muita dificuldade de adesão e autocuidado.”</p> <p><b>NC:</b> “Os diagnósticos estão coerentes.”</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sugestão de que os resultados esperados e intervenções explicitem metas mensuráveis (HbA1c, PA, IMC, perfil lipídico) e ações educativas contínuas.</li> <li>- Valorização do alinhamento da TNHB e às diretrizes do SUS.</li> </ul>	<p><b>ND:</b> “Precisamos garantir que o protocolo fale a língua da nossa realidade.”</p> <p><b>ND:</b> “As intervenções são possíveis de serem colocadas em prática.”</p> <p><b>NC:</b> “O protocolo reflete bem a realidade das pessoas que acompanhamos. Ele aborda desde a glicemia até as dificuldades de enfrentamento e suporte familiar.”</p>
Momento de finalização e validação coletiva	Consolidar as contribuições, revisar a versão ajustada do protocolo e validar o produto final como tecnologia leve-dura construída coletivamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese das propostas incorporadas durante o encontro e consenso sobre a versão final do documento.</li> <li>- Reconhecimento do protocolo como instrumento aplicável, coerente e contextualizado à APS.</li> <li>- Expressão de sentimento de pertencimento e valorização do protagonismo dos enfermeiros no processo.</li> <li>- Identificação da saturação teórica das discussões, marcada pela convergência das ideias e estabilidade das contribuições.</li> </ul>	<b>NC:</b> “Saímos daqui com um instrumento que é nosso, construído com base na prática e que vai realmente ajudar no cuidado à pessoa com diabetes.”

Fonte: Autores (2025).

O encontro foi conduzido pela pesquisadora principal, de modo dialógico, horizontal e mediador, assegurando a escuta qualificada, a corresponsabilidade e o protagonismo dos enfermeiros na tomada de decisões. O apoio das pesquisadoras auxiliares contribuiu para garantir a fidelidade metodológica à PCA e a qualidade dos registros das notas de campo. As contribuições eram acolhidas e incorporadas ao protocolo, o que possibilitou ajustes e a consolidação do conteúdo, o que reafirmou seu caráter de tecnologia leve-dura orientada para a prática clínica.

O momento inicial foi destinado à **contextualização e retomada dos objetivos do grupo**, destacando o caráter coletivo e formativo do processo. Os enfermeiros expressaram expectativas relacionadas ao reconhecimento de sua prática profissional no produto final, na qual enfatizaram a importância de que o protocolo representasse o cotidiano do cuidado na APS. Esse momento marcou o início da fase dos “4R’s” da PCA, Reconhecimento, Revelação, Repartir e Repensar, que norteou as discussões subsequentes.

No eixo da **estrutura**, os enfermeiros validaram a organização do protocolo segundo o Processo de Enfermagem (PE), contemplando as etapas de avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, conforme os referenciais teórico-metodológicos da profissão. As contribuições destacaram a importância de manter a sequência lógica dessas etapas, a fim de assegurar a fluidez entre a coleta de dados, o raciocínio diagnóstico, a definição das intervenções e o acompanhamento/monitoramento das ações.

Os enfermeiros reforçaram a importância dos domínios e dimensões fundamentados na TNHB, abrangendo aspectos psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, a fim de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado. Também sugeriram a criação de campos padronizados para informações essenciais (identificação, fatores de risco, estilo de vida, condições clínicas e exames) e a manutenção de espaços livres para registros descritivos, de modo a possibilitar a personalização conforme as especificidades de cada território e pessoa.

Essas contribuições foram incorporadas durante o encontro, resultando em uma estrutura mais sistematizada e flexível, que favorece tanto o raciocínio clínico quanto a adaptabilidade às realidades locais.

A análise da **linguagem e terminologia** consolidou o consenso sobre a adoção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2019–2020) como referência terminológica. Os enfermeiros reconheceram a padronização dos diagnósticos, resultados esperados e intervenções com seus respectivos códigos CIPE® como elemento que confere cientificidade, precisão conceitual e visibilidade profissional.

Recomendaram, ainda, a uniformização dos termos técnicos, com vistas a coerência do vocabulário em todos os campos do instrumento. As discussões enfatizaram que a linguagem da CIPE® fortalece a identidade profissional da enfermagem, assegura a comparabilidade dos registros e facilita a integração do protocolo ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS).

No eixo da **viabilidade e aplicabilidade**, os enfermeiros refletiram sobre as condições operacionais da APS e o tempo médio disponível para a consulta de enfermagem, reconhecendo a necessidade de que o protocolo fosse funcional, exequível e adaptável a diferentes cenários assistenciais, unidade básica e visita domiciliar.

Os enfermeiros sugeriram ajustes no layout para otimizar o preenchimento, sem comprometer o raciocínio clínico, e recomendaram a inclusão de campos para o registro de indicadores clínicos (HbA1c, pressão arterial, IMC, circunferência abdominal e estratificação de risco para pé diabético). Essas sugestões foram incorporadas à versão final, reforçando a articulação entre o cuidado clínico e o monitoramento de resultados.

Também foi proposta a compatibilização do protocolo ao PEC e-SUS, a fim de evitar duplicidades e otimizar o fluxo de registro. O grupo destacou que a aplicabilidade do instrumento está diretamente relacionada à sua praticidade.

Em relação à **coerência com as necessidades locais**, os enfermeiros reconheceram a aderência do protocolo às demandas epidemiológicas e sociais da população acompanhada na APS. Validaram a pertinência dos diagnósticos de enfermagem propostos, especialmente aqueles relacionados a adesão terapêutica, autocuidado, risco de pé, função renal, alimentação, mobilidade, apoio social e enfrentamento.

A abrangência das dimensões psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual foi considerada um dos principais diferenciais do instrumento, o que reforça sua coerência com a TNHB e os princípios da integralidade do cuidado preconizados pelo SUS. Além disso, recomendaram que os resultados esperados e as intervenções explicitassem metas mensuráveis (como níveis de HbA1c, pressão arterial e perfil lipídico), a fim de favorecer o acompanhamento longitudinal e a avaliação dos resultados do cuidado.

Na etapa final, foi realizada a **síntese coletiva das contribuições**, revisando-se a versão ajustada do protocolo em tempo real. Esse momento foi marcado pela convergência das percepções e pelo sentimento de pertencimento ao produto final, reconhecido pelos enfermeiros como instrumento aplicável, coerente e contextualizado à APS.

A validação final indicou a **saturação teórica** das discussões, caracterizada pela estabilidade e repetição das ideias centrais. Os participantes expressaram satisfação ao identificar no documento uma produção científica fiel à realidade do trabalho na APS,

legitimando-o como tecnologia leve-dura coletiva, aplicável e cientificamente fundamentada, resultado da convergência entre a experiência profissional, referencial teórico-metodológico, diretrizes normativas e evidências científicas.

Posto isso, o protocolo foi reconhecido como ferramenta norteadora do raciocínio clínico e da sistematização do cuidado, capaz de fortalecer a autonomia do enfermeiro, qualificar o processo de trabalho e favorecer a continuidade e integralidade do acompanhamento à pessoa com diabetes; e consolidou-se como o principal produto da tese.

### **7.1.6 “Protocolo de consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde”: produto final da pesquisa**

O presente subitem apresenta o “Protocolo de Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes *Mellitus* na Atenção Primária à Saúde do Município de Monte Belo-MG” (Apêndice E) resultante do processo participativo de construção e validação desenvolvido nesta pesquisa. Este protocolo representa a síntese do conhecimento científico, normativo e experiencial reunido ao longo dos Grupos de Convergência, transformando-se em um instrumento orientador do cuidado de enfermagem, uma tecnologia leve-dura, aplicável à realidade dos serviços de saúde da APS do município à pessoa com diabetes, após análise crítica e reflexiva dos enfermeiros seguindo os pressupostos da PCA, integrando teoria e prática.

A versão final do protocolo foi formatada por um design gráfico, escolhido e supervisionado pela pesquisadora principal, com vistas a garantir clareza, atratividade visual e funcionalidade para o uso cotidiano. A organização do conteúdo reflete o Processo de Enfermagem (avaliação, diagnósticos, planejamento, implementação e evolução), estruturado nos domínios das Necessidades Humanas Básicas de Horta (psicobiológico, psicossocial, psicoespiritual). Os diagnósticos, intervenções e resultados foram descritos segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2019–2020), conferindo padronização terminológica e coerência com os referenciais nacionais e internacionais.

Considerado um instrumento normativo-assistencial, o protocolo se propõe a nortear as consultas de enfermagem à pessoa com DM em todos os serviços da APS do município, a fim de promover maior uniformidade e qualidade do cuidado. A expectativa é que este material seja disponibilizado no site institucional da prefeitura, ampliando seu acesso e fortalecendo sua legitimidade como ferramenta de apoio à prática clínica dos enfermeiros e ao planejamento das ações de saúde.

Dessa forma, o protocolo não apenas sistematiza o cuidado de enfermagem à pessoa com diabetes na APS, mas também materializa um processo participativo, contextualizado e transformador, integrando ciência, política pública e prática assistencial.

## 8 DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão discutidos os resultados desta pesquisa, com vistas a dialogar entre a realidade vivida pelos enfermeiros da APS e as evidências científicas recentes, e os referenciais teóricos e metodológicos que sustentam a prática da Enfermagem no cuidado à pessoa com DM. Os achados vão além de categorias analíticas ou dados numéricos, revelam percepções, experiências, desafios e possibilidades de transformação do cuidado à pessoa com DM.

A análise da participação dos enfermeiros na construção e na validação do protocolo demonstram o potencial da PCA para transformar práticas assistenciais, o que reforçou a importância de instrumentos construídos coletivamente.

Um aspecto singular desta pesquisa foi a opção metodológica da PCA, o que permitiu a mixagem de dados provenientes de diferentes técnicas e tipos de estudo (revisão de escopo, análise de documentos técnico-normativos, entrevistas e GC), viabilizando a construção de um novo saber aplicado, criado da interface entre teoria e prática cotidiana. Esse movimento dialético entre investigação e assistência qualificou o processo de construção do protocolo, tornando-o um produto inovador, com base científica sólida e pertinência prática.

Dessa forma, os resultados da tese avançam ao indicar caminhos para coordenação do cuidado, efetividade do PE, empoderamento da pessoa com DM e do profissional de enfermagem no serviço de saúde, colocando as necessidades das pessoas com DM no centro do cuidado. O protagonismo dos enfermeiros, aliado ao uso da TNHB e da CIPE®, reforça a potência da CE como tecnologia de saúde, capaz de integrar ciência, clínica e autonomia profissional.

Os achados mostram que, ao ser problematizada coletivamente nos GC e validada em protocolos adaptados à realidade local, a CE pode ser ressignificada como prática sistematizada, crítica e orientada a resultados, articulando teoria e prática e garantindo respaldo clínico, científico e ético à atuação do enfermeiro. Nesse sentido, ela deixa de ser apenas uma exigência normativa e se afirma como tecnologia de cuidado transformadora, capaz de ampliar a resolutividade da APS, fortalecer a integralidade da atenção e impactar positivamente a qualidade de vida das pessoas com DM.

## 8.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA ESTRUTURANTE DO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES *MELLITUS*: FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS E DESAFIOS PARA A PRÁTICA

### 8.1.1 Consulta de Enfermagem: estratégia, centralidade, potencialidades e barreiras na Atenção Primária à Saúde

A pesquisa evidenciou a dupla face da CE no acompanhamento da pessoa com DM na APS. Por um lado, os enfermeiros a reconhecem como espaço estratégico de vínculo, escuta qualificada e educação em saúde; por outro, sua operacionalização permanece limitada, frequentemente reduzida a práticas burocratizadas como, renovação de receitas, monitoramento de parâmetros clínicos isolados e orientações pontuais. Esse reducionismo reflete tanto uma concepção fragmentada do cuidado, centrada no modelo biomédico, quanto as limitações impostas pelo contexto organizacional, como sobrecarga de trabalho, tempo insuficiente, dificuldades com registros clínicos e ausência de protocolos estruturados.

Essa dualidade revela um distanciamento entre a potencialidade transformadora da CE e sua efetivação cotidiana, aspecto já apontado em estudos que descrevem a permanência de um cuidado fragmentado, centrado em parâmetros biomédicos, e a dificuldade em traduzir teoria em ação (Mota; Moura-Lanza; Nogueira-Cortez, 2019; Viana; Lago; Matumoto, 2023).

Entretanto, quando sistematizada, orientada pelo PE e fundamentada em referenciais como a TNHB e a CIPE®, ela se reafirma como dispositivo estruturante do cuidado, capaz de integrar dimensões clínicas e educativas, promovendo corresponsabilização e autonomia da pessoa (Silva *et al.*, 2025; Schlosser *et al.*, 2023). Os documentos técnico-normativos reforçam essa centralidade ao destacarem a obrigatoriedade da CE e seu caráter privativo do enfermeiro, fundamentais para a integralidade e a segurança assistencial.

Destacam-se também as barreiras históricas, como a escassez de recursos humanos e físicos, a precariedade da infraestrutura das unidades e as fragilidades nos registros clínicos, que dificultam o acompanhamento longitudinal e a avaliação dos resultados de enfermagem (Veloso *et al.*, 2024; Tomasi *et al.*, 2024).

Diante do reconhecimento da centralidade da CE, enfrenta-se barreiras estruturais e organizacionais persistentes para sua efetivação. Os enfermeiros relataram sobrecarga de demandas, déficit de recursos humanos e materiais, precariedade da infraestrutura das unidades e dificuldades no uso do prontuário eletrônico como entraves recorrentes à realização de consultas sistematizadas.

A elevada demanda espontânea e a multiplicidade de atribuições do enfermeiro frequentemente reduzem a consulta a atendimentos rápidos, o que dificulta o acompanhamento longitudinal da pessoa com DM. Nesse contexto, a adoção de diretrizes clínicas para o manejo do DM por enfermeiros tem sido limitada, o que pode contribuir para a sobrecarga de trabalho e redução da continuidade no cuidado (Aldahmashi *et al.*, 2024). Para enfrentar essas limitações, iniciativas como o desenvolvimento de registros municipais de pessoas com DM têm sido implementadas, com o objetivo de melhorar a coordenação do cuidado, facilitar o acompanhamento longitudinal e gerar dados que apoiam decisões clínicas e de gestão (Dal moro *et al.*, 2024).

Essas barreiras refletem problemáticas amplas da APS brasileira, que apontam a falta de tempo, a pressão por atendimentos imediatos e a ausência de protocolos como fatores que comprometem a qualidade da consulta (Araújo *et al.*, 2018; Ribeiro *et al.*, 2018). A literatura também aponta para a carência de recursos materiais e de apoio institucional fragiliza a implementação das diretrizes de saúde pública, compromete a avaliação dos resultados e a continuidade do cuidado (Tomasi *et al.*, 2024).

As consequências dessas limitações vão além da prática clínica, pois contribuem para insegurança profissional, variabilidade de condutas e redução da resolutividade da APS. Ao mesmo tempo, evidenciam a necessidade de políticas, investimentos e processos institucionais que garantam condições adequadas para que a CE seja realizada com qualidade, segurança e integralidade (Amaral *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a CE se configura como tecnologia que articula saber estruturado e interação humana, exigindo conhecimento técnico-científico quanto habilidades relacionais (Dantas; Santos; Tourinho, 2016; Sodré; Roncon, 2023). Quando reduzida a procedimentos e registros, perde o caráter de prática clínica ampliada e se aproxima de um ato burocrático. Para superar a distância entre teoria e prática, destacam-se como estratégias o uso protocolos adaptados às realidades locais, aliados a processos de sensibilização e capacitação dos profissionais, e a valorização da CE como prática científica, e não meramente administrativa (Carvalho *et al.*, 2023; Melo *et al.*, 2025; Vasconcelos; Kiss, 2025).

A pesquisa também evidenciou oportunidades para enfrentar essas barreiras. A construção coletiva do protocolo foi considerada pelos enfermeiros como uma estratégia concreta para superar limitações estruturais e organizacionais. Ao padronizar condutas, otimizar o tempo disponível e fornecer respaldo clínico e legal, o protocolo fortalece a prática clínica e contribui para a sistematização da CE, mesmo diante de limitações contextuais. Além disso, o uso de tecnologias assistenciais, como guias digitais, protocolos adaptados e ferramentas de

registro, podem potencializar a qualidade do cuidado, promovendo segurança, integralidade e eficiência.

As intervenções organizacionais têm se mostrado fundamentais para reorganizar o fluxo de atendimento na APS e garantir a longitudinalidade do cuidado de pessoas com DM. A implementação de protocolos com cuidado personalizado, validados por estudos, permite padronizar condutas, otimizar o tempo das equipes e assegurar que o acompanhamento seja contínuo e sistemático (Araújo *et al.*, 2023; Mauro; Cucolo; Perroca, 2023; Grande-Alonso *et al.*, 2025).

A vivência dos GC mostrou-se uma estratégia decisiva para ressignificar a CE, permitindo que os enfermeiros reconstruíssem coletivamente sua compreensão da prática como uma ação sistematizada, orientada a resultados mensuráveis e sustentada em referenciais teóricos. Por conseguinte, a CE reafirma-se como estratégia central no cuidado à pessoa com DM na APS. Contudo, sua efetivação continua a depender da superação de fragilidades históricas e organizacionais (Spazapan *et al.*, 2022), de modo a integrar teoria e prática, consolidar a integralidade do cuidado e promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM.

### **8.1.2 Integração entre Teoria das Necessidades Humanas Básicas, Classificação Internacional para Prática de Enfermagem e Processo de Enfermagem: fundamentos estruturantes da consulta de enfermagem**

A CE à pessoa com DM, quando orientada por referenciais próprios da profissão, ganha densidade teórico-metodológica e potencial transformador no âmbito da APS.

Nesse sentido, o diálogo com teorias de enfermagem aplicadas ao cuidado de pessoas com condições crônicas ampliou o horizonte da CE, fornecendo um arcabouço crítico-reflexivo que integra dimensões físicas, psicossociais e espirituais e sustenta práticas mais eficazes e compassivas (Albuquerque *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024).

Aliadas à CIPE®, com uma linguagem padronizada para operacionalizar diagnósticos, resultados e intervenções, favorece a comunicação profissional, a comparabilidade de dados e a visibilidade do cuidado; e a tecnologias inovadoras, como protocolos, guias digitais e instrumentos gerenciais, reforçam a necessidade de compreender a CE como estratégia estruturante e qualificada de cuidado na APS, transformando o acompanhamento da pessoa com DM (Almeida *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2025; Frota *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2021; Sousa *et al.*, 2022).

Os resultados demonstraram que a TNHB foi determinante para ampliar a compreensão da CE como prática clínica integral. Ao orientar a avaliação do enfermeiro nas dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, a teoria possibilita uma abordagem ampla das condições de saúde das pessoas com DM, superando a ênfase exclusiva em controle glicêmico e indicadores biomédicos tradicionais (Chaves; Torres; Chianca, 2021; Moraes *et al.*, 2018).

Embora a prática cotidiana ainda se concentre em parâmetros laboratoriais e prescrições, a reflexão promovida nos GC evidenciou a influência de fatores como adesão ao tratamento, rede de apoio familiar, aspectos emocionais, sexuais e espiritualidade (Silva; Lima; Saidel, 2023; Karez *et al.*, 2023), o que demonstrou que a TNHB é importante para ampliar o olhar clínico, estruturar a consulta e orientar intervenções individualizadas.

Estudos recentes reiteram que a CE estruturada por teorias de enfermagem é fundamental para o cuidado das pessoas com DM, visto que suas intervenções personalizadas elevam a adesão ao tratamento, otimizam indicadores clínicos como o controle glicêmico e fortalecem o bem-estar psicossocial. Essa abordagem também demonstra impacto positivo na autoeficácia, no autocuidado e na qualidade de vida das pessoas, o que ressalta a urgência de sua incorporação e ampla promoção em ambientes clínicos devido à sua efetividade integral e abrangente (Asmat *et al.*, 2024; Mathiesen *et al.*, 2023; Rosman, 2022; Santos *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025; Yan *et al.*, 2024).

Os achados da revisão de escopo revelaram que a maioria dos estudos privilegia indicadores clínicos, como hemoglobina glicada, pressão arterial e peso corporal, corroborando com outros estudos (Beal *et al.*, 2020; Nogueira Cortez; Santos; Lanza, 2021; Zafra-Tanaka *et al.*, 2024), o que evidencia uma lacuna entre mensuração e a integralidade do cuidado. Entretanto, domínios psicossociais são mensuráveis e respondem positivamente às intervenções de enfermagem (Araújo *et al.*, 2024; Cortez *et al.*, 2022; Nunes *et al.*, 2023). Dessa forma, a CE deve contemplar resultados que vão além da glicemia, com a inclusão da qualidade de vida, autonomia e aspectos subjetivos do cuidado.

A produção científica sobre o uso de teorias de enfermagem aplicadas ao raciocínio clínico e à prática sistematizada ainda é incipiente (Alves *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o PE assegura a sistematização da prática clínica, articulando teoria e linguagem em um método científico aplicado ao cuidado. E ao articular a TNHB ao PE, é possível estruturar protocolos que atendam às múltiplas dimensões do cuidado, com vistas a fortalecer a integralidade e a sistematização da CE (Barbosa; Silva, 2018).

Os documentos técnico-normativos nacionais confirmam a necessidade de abordagens integradas que considerem fatores clínicos, sociais, culturais e comportamentais. Estudos

recentes mostram que ações integradas na APS impactam positivamente nos comportamentos de saúde e nos determinantes sociais, o que reforça a necessidade de protocolos sensíveis às múltiplas dimensões do viver com DM (Carvalho *et al.*, 2023; Fernandes *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025).

Ao incorporar a TNHNB como eixo estruturante do protocolo construído coletivamente, a CE passou a contemplar desde necessidades fisiológicas básicas até dimensões mais complexas, como apoio social e sentido de vida, tradicionalmente invisibilizadas nas consultas. Essa abordagem promove um cuidado integral, humanizado, sistematizado e baseado em evidências, fortalecendo o PE, o raciocínio clínico e a qualidade da atenção à pessoa com DM (Spazapan *et al.*, 2022).

Apesar do potencial transformador, desafios permanecem, como sobrecarga de trabalho, limitações estruturais e lacunas nos registros de enfermagem. Essas questões indicam oportunidades para capacitação contínua, fortalecimento de protocolos e integração de práticas baseadas em evidências, a fim de garantir que a TNHNB seja referencial teórico e prático, complementar ao PE, para promover a qualidade, integralidade e humanização do cuidado.

A adoção de uma linguagem terminológica padronizada é decisiva para tornar a CE sistemática, visível e comparável institucionalmente. A utilização de terminologias padronizadas em serviços de saúde favorece a identificação de diagnósticos de enfermagem relevantes ao manejo do DM (Aleandri; Scalorbi; Pirazzini, 2022).

Neste sentido, a CIPE® funciona como elo entre a TNHNB e o PE, na qual a teoria orienta quais necessidades devem ser avaliadas, o PE orienta como avaliar, intervir e avaliar os resultados, e a CIPE® estrutura a linguagem para registrar esse processo. Quando empregada adequadamente, constrói-se uma base robusta para o desenvolvimento de protocolos locais de CE que permitam monitorar e comparar resultados clínicos, psicossociais e de experiência do cuidado (Clares *et al.*, 2016; Lazarini *et al.*, 2024; Mezaroba *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2025).

Dessa forma, a CIPE® não apenas legitima o trabalho do enfermeiro, mas também fortalece a sistematização da prática, promove a integração técnica e reflexiva, e amplia o alcance da consulta de enfermagem na APS.

Em relação ao PE, representa o método através do qual a prática clínica do enfermeiro se sistematiza. A articulação entre PE-TNHNB-CIPE® possibilita que a CE se transforme em intervenção clínica qualificada e sistematizada. Além disso, a adoção do PE aliada a terminologias padronizadas permite que os registros de enfermagem sirvam como insumo para indicadores de saúde, alocação de recursos e avaliação da qualidade do cuidado (Lazarini *et al.*, 2024; Mezaroba *et al.*, 2023).

Portanto, integrar o PE ao protocolo da CE implica reconhecer que o enfermeiro é agente de cuidado com autonomia, que atua com método, teoria e linguagem própria, e não apenas como executor de tarefas delegadas (Galvão *et al.*, 2024).

Os documentos normativos e experiências municipais apontam para estratégias viáveis, treinamento contínuo, construção participativa de protocolos, integração de subconjuntos terminológicos ao prontuário eletrônico e uso de ferramentas de triagem para otimizar o tempo da consulta.

Dessa forma, estruturar a CE como prática clínica sistematizada, integrada na TNHB, CIPE® e PE, constitui-se um tripé fundamental para a qualificação da prática, assim como, fortalece a identidade e a visibilidade da enfermagem, e possibilita a melhoria da qualidade, da integralidade e da efetividade do cuidado à pessoa com DM na APS.

As evidências indicam que o PE articulado a referenciais teóricos, terminologias padronizadas e protocolos assistenciais amplia a efetividade clínica, a segurança e a visibilidade da profissão (Gadelha *et al.*, 2024; Mezaroba *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2025).

Ademais, esta articulação, formalizada no protocolo construído coletivamente na pesquisa, evidencia que a CE não é apenas um ato isolado, mas uma tecnologia de cuidado que mobiliza teoria, método e linguagem para responder à complexidade do viver com diabetes. Essa tecnologia favorece intervenções personalizadas, acompanhamento longitudinal, registro sistemático e avaliação de resultados que ultrapassam o biomédico, contribuem para um cuidado centrado na pessoa e co-responsabilizador.

Por fim, a integração entre a TNHB, a CIPE® e o PE transcende o campo técnico-operacional e se afirma como base epistemológica e metodológica da prática clínica de enfermagem. Essa tríade sustenta a CE como tecnologia de cuidado capaz de articular teoria, método e linguagem, fortalecendo o raciocínio clínico, a sistematização da assistência e a produção de indicadores sensíveis à prática profissional. Ao promover intervenções seguras, racionais e humanizadas, essa integração reafirma a enfermagem como ciência aplicada e autônoma, comprometida com a integralidade, a singularidade da pessoa e a corresponsabilidade no cuidado à pessoa com DM.

## 8.2 AUTONOMIA PROFISSIONAL, PROTAGONISMO E FORTALECIMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A CE na APS constitui um espaço estratégico para o exercício da autonomia profissional, para o protagonismo da enfermagem e para o fortalecimento do raciocínio clínico

no cuidado às pessoas com DM. Quando orientada pelo PE e legitimada por protocolos estruturados, a CE deixa de ser apenas uma atividade administrativa e consolida-se como um dispositivo de empoderamento técnico, científico e legal, que assegura respaldo ao processo decisório e amplia resolutividade no manejo das condições crônicas, como o DM (Silva *et al.*, 2025; Schlosser *et al.*, 2023)

Apesar desse potencial, a autonomia dos enfermeiros na APS permanece fragilizada diante de múltiplos desafios, como a ausência de protocolos sistematizados, sobrecarga de demandas, persistência do modelo biomédico e escassez de recursos humanos e materiais. Esses fatores limitam o exercício da prática clínica e a efetividade da CE, repercutindo em insegurança profissional, variabilidade de condutas e redução da efetividade da capacidade resolutiva assistencial (Biff *et al.*, 2020; Bula *et al.*, 2025; Galvão *et al.*, 2024; Geremia *et al.*, 2024; Lazarini *et al.*, 2024; Nogueira *et al.*, 2023).

Nesse contexto, os documentos técnico-normativos reconhecem a CE como atividade privativa do enfermeiro, fundamentada no PE, com destaque para resolução Cofen Nº 736, que dispõe sobre a implementação do PE em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. No entanto, a efetivação dessa autonomia depende da implementação prática desses marcos normativos, sustentada por instrumentos clínicos claros, evidências científicas e respaldo institucional (Cofen, 2024; Galvão *et al.*, 2024; Trindade *et al.*, 2024).

A literatura reforça que a autonomia não se limita ao reconhecimento normativo, mas envolve também confiança interprofissional, processos relacionais e o reconhecimento do usuário sobre a legitimidade do cuidado de enfermagem (Pereira; Oliveira, 2018; Santos; Mishima; Merhy, 2018). Nessa perspectiva, autonomia é compreendida como processo dinâmico, em constante construção, que exige articulação entre saber científico, prática clínica e legitimidade social.

O raciocínio clínico emerge, portanto, como eixo estruturante da autonomia profissional. Compete ao enfermeiro identificar e priorizar as reais necessidades de saúde do território, elaborar diagnósticos de enfermagem precisos e propor intervenções fundamentadas em evidências, capazes de assegurar acesso, coordenação, integralidade e longitudinalidade do cuidado. Esse processo fortalece a prática profissional, reposiciona a enfermagem no campo clínico e reafirma a CE como espaço de decisão qualificada e estratégica (Silva *et al.*, 2022).

Estudos recentes ampliam esse debate, apontando que o raciocínio clínico em enfermagem é um processo complexo, situado e multifatorial, que exige integração de conhecimentos teóricos, experiência prática e julgamento contextualizado. Griffiths; Hines; Moloney (2023) evidenciaram que fatores como tempo disponível, apoio institucional e cultura

organizacional interferem diretamente na capacidade do enfermeiro em mobilizar raciocínio clínico qualificado. Dessa forma, a efetividade da CE depende não apenas da competência individual, mas também das condições estruturais que possibilitam a expressão desse julgamento clínico fundamentado.

Estudo de Vreugdenhil *et al.* (2023) reforçam a perspectiva que o raciocínio de enfermagem se caracteriza por uma abordagem integral e relacional, que valoriza necessidades humanas, contexto familiar e fatores sociais. Essa especificidade legitima a CE como espaço próprio de tomada de decisão clínica, o que fortalece a identidade profissional da enfermagem e reafirma sua autonomia no âmbito da APS.

A construção coletiva de protocolos, como evidenciado nesta pesquisa, materializa esse movimento ao favorecer a apropriação crítica de referenciais teóricos e normativos e ao promover a adesão dos profissionais ao produto final. Mais do que um instrumento técnico, o protocolo torna-se expressão da autonomia construída coletivamente, garantindo legitimidade, adesão e impacto prático na organização do cuidado (krauzer *et al.*, 2018).

Em relação ao impacto assistencial, uma meta-análise conduzida por Sun *et al.* (2025) mostrou que intervenções educativas lideradas por enfermeiros em pessoas com DM2 promoveu melhora significativa no controle glicêmico e na adesão ao autocuidado. O que reforça que a CE, quando estruturada em protocolos, não apenas fortalece a autonomia profissional, mas também gera resultados tangíveis na qualidade de vida e no manejo da doença crônica.

Não obstante, fatores políticos e organizacionais também influenciam diretamente o exercício da autonomia. A centralidade do pronto atendimento, a perda do enfoque territorial e comunitário e a fragilização da multiprofissionalidade comprometem os princípios da APS e reduzem o espaço de atuação clínica do enfermeiro, reforçando práticas fragmentadas e biomédicas (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Na mesma direção, Matrook *et al.* (2024) evidenciaram que modelos de cuidado liderados por enfermeiros, com enfoque familiar e comunitário, ampliam o alcance da APS e favorecem o protagonismo clínico da enfermagem.

Estudo de Wilson *et al.* (2021) demonstrou que os enfermeiros no contexto da APS ampliam sua autonomia ao articular raciocínio clínico, conhecimento científico e experiência prática em cuidados centrados na pessoa, em colaboração com equipes interprofissionais e com a comunidade. Esses elementos consolidam a CE como espaço de tomada de decisão clínica qualificada, assegurando integralidade e continuidade do cuidado.

Outro aspecto relevante é o reconhecimento do suporte social como componente central do cuidado em DM2. Estudo de Al-Dwaikat, Ali e Khatatbeh (2023) demonstrou que a atuação do enfermeiro, ao articular apoio social e autocuidado, potencializa a integralidade e a continuidade assistencial.

Ao mesmo tempo em que os marcos normativos reconheçam a centralidade da CE e do PE como práticas privativas da enfermagem, sua efetividade depende de condições institucionais que garantam tempo, recursos, legitimidade e respaldo político para que os enfermeiros exerçam plenamente sua clínica. Assim, a CE torna-se efetivamente um espaço de autonomia e fortalecimento do raciocínio clínico quando sustentada por protocolos participativos, condições organizacionais favoráveis e articulação entre prática científica e realidade dos serviços (Almeida; Souza; Miranda, 2023; Toso *et al.*, 2021; Trindade *et al.*, 2025).

A experiência desta pesquisa reforça que a construção coletiva de protocolos, ancorada na literatura e na realidade do contexto local, não apenas organiza o cuidado, mas reposiciona a enfermagem como protagonista no enfrentamento das condições crônicas. Configura, sobretudo, como espaço privilegiado de autonomia, inovação e fortalecimento do raciocínio clínico, contribuindo para qualificar a APS e promover cuidado integral às pessoas com DM.

### 8.3 TECNOLOGIAS, INOVAÇÃO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A incorporação de tecnologias na prática da enfermagem tem se consolidado como um recurso importante para qualificar a assistência e garantir maior integralidade do cuidado, especialmente no acompanhamento de pessoas com condições crônicas, como o DM. Ressalta-se que essas tecnologias não se restringem aos dispositivos digitais ou telessaúde, mas englobam protocolos clínicos, simulações, classificações diagnósticas e metodologias participativas que favorecem a tomada de decisão baseada em evidências (Ju *et al.*, 2023; Moreira *et al.*, 2023; Morgado *et al.*, 2024; Ravi *et al.*, 2025; Sá *et al.*, 2023; Shaban *et al.*, 2024; Sood *et al.*, 2024).

Os resultados desta pesquisa reafirmam que a tecnologia, quando construída de forma participativa e ancorada na prática profissional, constituiu uma potente estratégia de inovação cuidativo-educacional. A elaboração coletiva do protocolo de CE à pessoa com DM, evidenciou a relevância de tecnologias leves-duras, que articulam saber técnico-científico, reflexão crítica e aplicabilidade cotidiana. Esse processo possibilitou a sistematização das práticas, ampliou o

respaldo clínico-legal e permitiu a segurança assistencial, alinhando-se ao papel das tecnologias no fortalecimento da APS (Almeida *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2025).

A literatura e os achados desta pesquisa convergem ao demonstrarem que protocolos validados e sensíveis à realidade local ampliam a resolutividade da CE, reduzem a variabilidade de condutas e fortalecem o protagonismo dos enfermeiros, funcionando como instrumento de inovação organizacional e assistencial (Almeida *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2025). Mais do que instrumentos operacionais, representam tecnologias de gestão do cuidado que reorganizam processos assistenciais e potencializam o trabalho em rede.

Nos GC, os enfermeiros reconheceram que a construção do protocolo foi também um espaço de aprendizagem coletiva e de empoderamento profissional, reafirmando a CE como prática clínica estruturante e integradora da atenção à pessoa com DM.

Além dos protocolos, estudos recentes apontam o avanço da inovação digital na enfermagem, com destaque para o uso de prontuários eletrônicos integrados, aplicativos de monitoramento glicêmico e sistemas de teleconsulta, como ferramentas que potencializam a integralidade do cuidado e otimizam a continuidade do acompanhamento (Martins *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2023).

Entretanto, os resultados desta tese revelam que, no município investigado, ainda há fragilidades relacionadas à informatização dos processos e integração de sistemas, o que limita a efetividade dessas ferramentas digitais. Assim, a inovação tecnológica depende não apenas de infraestrutura e conectividade, mas também de investimentos em capacitação, equidade no acesso e políticas de incentivo ao uso racional de tecnologias em saúde.

Outro ponto crítico refere-se a relação entre tecnologias e integralidade do cuidado. Se, por um lado, ferramentas digitais e protocolos ampliam a capacidade de resposta do enfermeiro, por outro, há risco de práticas fragmentadas se estas forem utilizadas de forma descontextualizada (Santos *et al.*, 2021; Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Os resultados desta pesquisa mostraram que a construção participativa do protocolo foi fundamental para minimizar esse risco, ao promover a apropriação do instrumento pelos enfermeiros e garantir sua aderência à realidade local, reforçando a CE como espaço de cuidado integral, centrado na pessoa e articulado ao território.

A inovação em saúde, portanto, não deve ser compreendida apenas como incorporação de novas tecnologias, mas como processo de ressignificação das práticas de cuidado, que envolve mudanças organizacionais, fortalecimento do raciocínio clínico e valorização da autonomia profissional (Trindade *et al.*, 2024; Wilson *et al.*, 2021).

Nesse sentido, os resultados dessa tese reforçam que tecnologias co-construídas, contextualizadas e dialógicas, como a construção do protocolo, potencializam a capacidade crítica, criativa e de pertencimento dos enfermeiros, qualificam o processo de trabalho e promovem integralidade, segurança e continuidade da atenção.

Os resultados apontam ainda, que a tecnologia em enfermagem se destaca quando emerge da prática e retorna à prática, mediada por reflexão-ação coletiva e sustentada por teoria, método e linguagem própria. Trata-se de inovação que transcende o aparato técnico, configurando-se como tecnologia social e de cuidado, capaz de integrar dimensões clínicas, educativas e relacionais.

Como limitações do presente estudo, destaca-se que foi realizado em um único município, o que exige cautela ao extrapolar os resultados para outras realidades socioculturais, já que estes carecem de validade externa. Além disso, ainda não houve avaliação do impacto clínico e organizacional do protocolo após sua implementação.

## 9 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

A presente pesquisa apresenta contribuições inovadoras de natureza epistemológica, tecnológica e social para o campo da enfermagem.

Epistemologicamente, propõe a articulação entre a TNHB, a CIPE® e PE como um tripé teórico-metodológico integrador que sustenta a prática clínica de enfermagem na APS. Ao articular teoria, método e linguagem, consolida a CE como prática científica, sistematizada e orientada pela integralidade do cuidado.

Do ponto de vista tecnológico e social, destaca-se a construção coletiva do protocolo de CE à pessoa com DM, concebido como tecnologia leve-dura e social, fundamentada no PE, orientada pela TNHB e sistematizada pela CIPE®, voltada às necessidades de saúde da população assistida pelos serviços de saúde da APS do município.

Esse produto representa uma tecnologia de inovação no campo do cuidado em saúde, pois integra ciência, prática assistencial e gestão, o que resulta em um instrumento validado, aplicável e contextualizado à realidade local, com potencial de transferibilidade em outros municípios com realidades similares.

Os resultados da revisão de escopo indicaram uma lacuna relevante, que embora existam protocolos voltados ao cuidado da pessoa com DM, a maioria apresenta caráter prescritivo e pouco adaptado às realidades da APS, e com incipiência na utilização de referenciais teóricos para a sua sustentação.

O avanço desta tese reside na proposição de um instrumento que emerge da prática e a ela retorna, conferindo-lhe pertinência, legitimidade e aplicabilidade concreta.

O processo de construção coletiva e validação, ancorado na PCA, possibilitou a integração de múltiplas fontes de dados, científicas, normativas e empíricas, em um movimento dialógico entre investigação e intervenção, configurando a PCA como metodologia inovadora e transformadora do cuidado.

Assim, esta pesquisa oferece à enfermagem um modelo de inovação teórico-prática, que alia rigor científico, respaldo normativo e aplicabilidade assistencial. O protocolo desenvolvido se configura como tecnologia cuidativo-educacional, capaz de fortalecer a autonomia profissional, ampliar a resolutividade da APS e aprimorar a qualidade do cuidado às pessoas com DM.

## 10 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: PRÁTICA, ENSINO E PESQUISA

Os resultados desta pesquisa trazem implicações significativas para o fortalecimento da Enfermagem enquanto ciência aplicada, prática social e campo formativo comprometido com a integralidade do cuidado.

A articulação entre a TNHB, a CIPE® e o PE, materializada na construção coletiva do protocolo de CE à pessoa com DM, evidencia caminhos concretos para integrar teoria, método e linguagem na formação, na prática assistencial e na produção de conhecimento em saúde.

Na **prática**, a pesquisa reafirma a CE como tecnologia de cuidado e de gestão clínica, central na APS. O protocolo desenvolvido funciona como instrumento orientador que sistematiza a ação profissional, reduz a variabilidade de condutas e amplia a resolutividade da assistência. Ao mesmo tempo, fortalece o raciocínio clínico, o respaldo técnico-legal e a autonomia do enfermeiro, garantindo segurança assistencial e integralidade no acompanhamento de pessoas com condições crônicas.

Dessa forma, a prática da enfermagem é ressignificada e se fundamenta em decisões clínicas sustentadas por evidências e teorias próprias da profissão, consolidando a CE como espaço de protagonismo e corresponsabilidade.

No campo do **ensino**, a pesquisa oferece subsídios para reorientar a formação de enfermeiros, aproximando o processo educativo da realidade concreta dos serviços e das necessidades de saúde da população. O protocolo proposto pode ser utilizado como recurso didático e instrumento pedagógico, permitindo ao discente vivenciar a aplicação do PE e das teorias de enfermagem na prática da APS.

Essa aproximação entre teoria e realidade fortalece o desenvolvimento do raciocínio clínico, do pensamento crítico e da capacidade de tomada de decisão fundamentada, o que contribui para formar profissionais com visão ampliada do cuidado e com competência para atuar em contextos complexos e desafiadores.

Além disso, reforça a necessidade de que o ensino da CE ultrapasse o enfoque normativo, incorporando dimensões éticas, relacionais e sociais, de modo a preparar o enfermeiro para o exercício autônomo, reflexivo e transformador de sua prática.

No âmbito da **pesquisa**, a tese demonstra o potencial do referencial metodológico da PCA pela sua capacidade de integrar diferentes fontes de evidência e produzir conhecimento aplicável à realidade dos serviços. Essa abordagem metodológica resgata uma perspectiva

inovadora para a pesquisa em enfermagem, que une investigação e intervenção, o que promove transformação social e melhoria das práticas de cuidado.

Além disso, abre espaço para o desenvolvimento de novas investigações sobre a implementação, avaliação de impacto e escalabilidade do protocolo em diferentes contextos da APS. Estudos futuros poderão explorar desfechos clínicos (como controle glicêmico e adesão terapêutica), organizacionais (como tempo de consulta e eficiência do cuidado) e subjetivos (como autonomia e satisfação da pessoa com cronicidade), ampliando a base de evidências da enfermagem brasileira.

A pesquisa também estimula o avanço de estudos translacionais, capazes de transformar evidências teóricas e metodológicas em políticas públicas e tecnologias aplicadas, consolidando a enfermagem como ciência produtora de soluções inovadoras e socialmente relevantes.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento coletivo de um protocolo de CE às pessoas com DM para um município do Sul do estado de Minas Gerais possibilitou compreender criticamente as limitações e as potencialidades do contexto e do cotidiano do processo de trabalho e reafirmar a centralidade do enfermeiro no cuidado integral à pessoa com DM. Permitiu ainda, reconhecer que a CE constitui-se como prática clínica estratégica, capaz de promover vínculo, escuta qualificada e educação em saúde.

O desenvolvimento da PCA foi decisivo para integrar investigação e intervenção, o que permitiu transformar problemas/entraves da prática assistencial cotidiana em soluções aplicáveis e contextualizadas. Como principal resultado, destaca-se a construção e validação coletiva de um protocolo de CE à pessoa com DM, fundamentado no PE, orientado pela TNHB e estruturado com a CIPE®.

O protocolo construído, representa uma tecnologia leve-dura cuidativo-educacional, capaz de organizar a prática clínica, fortalecer a autonomia profissional, ampliar a resolutividade da APS e promover integralidade no cuidado da pessoa com DM. A implementação do protocolo nos serviços de APS, acompanhada de capacitação dos enfermeiros e suporte institucional, pode consolidar a CE como prática estruturante.

Portanto, a tese reafirma a CE como prática clínica fundamental no cuidado às pessoas com DM, demonstrando que processos participativos e metodologias inovadoras permitem transformar a prática assistencial em tecnologia do cuidado. A articulação entre investigação e intervenção contribui para o fortalecimento do SUS, a valorização do enfermeiro e a qualificação da atenção à saúde das pessoas com condições crônicas.

## REFERÊNCIAS

- AL SAYAH, F. *et al.* Health literacy and nurses' communication with type 2 diabetes patients in primary care settings. **Nurs Res**, v. 63, n. 6, p. 408-17, 2014. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25350540/>. Access in: 12 jan. 2024.
- AL-DWAIKAT, T. N.; ALI, A. M.; KHATATBEH, H. Self-management social support in type 2 diabetes mellitus: a concept analysis. **Nursing Forum**, v. 2023, p. 1–9, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1155/2023/1753982>. Access in: 22 out. 2025.
- AL-MHANNA, S. B. *et al.* Effects of combined aerobic exercise and diet on cardiometabolic health in patients with obesity and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **BMC sports science, medicine & rehabilitation**, v. 15, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13102-023-00766-5>. Acesso em: 22 maio 2024.
- ALAZRI, M. H. *et al.* UK GPs' and practice nurses' views of continuity of care for patients with type 2 diabetes. **Family Practice**, v. 24, n. 2, p. 128-137, 2007. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17283217/>. Access in: 15 jan. 2024.
- ALBA MARTIN, R. Proceso de atención de enfermería ante un paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2. **Archiv. med. fam. gen.**, v. 11, n. 2, p. 21- 26, 2014. Disponível em: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/89/81>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- ALBUQUERQUE, M. E. F. *et al.* Validação de conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem em infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, e52183, 2023. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502023000100347&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502023000100347&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 out. 2025.
- ALCÂNTARA, M. R. *et al.* Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 2, n. 2, p. 115-132, 2011. Disponível em: <https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99>. Acesso em: 23 jun. 2023.
- ALDAHMASHI, Hadwan *et al.* Nurses' adoption of diabetes clinical practice guidelines in primary care and the impacts on patient outcomes and safety: An integrative review. **Int J Nurs Stud**, 154, 104747, 2024. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748924000592?via%3Dihub>. Access in: 26 out. 2025.
- ALEANDRI, M.; SCALORBI, S.; PIRAZZINI, M. C. Electronic nursing care plans through the use of NANDA, NOC, and NIC taxonomies in community setting: a descriptive study in northern Italy. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 33, n. 1, p. 72–80, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12326>. Access in: 16 mar. 2025.
- ALMEIDA, C. A. P. L. *et al.* Nurse training in primary care: Educational actions with people living with Diabetes mellitus. **Acta Scientiarum - Health Sciences**, v. 39, n. 2, p. 189-197, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859820>. Acesso em: 11 jan. 2024.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. especial 1, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2023.

ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15 n. 2, p. 373-398, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/LKMn9GpJ637xbnqPVHSsmbJ/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

ALMEIDA, S. L. M. D.; SILVA, K. G. N. D.; MAGRO, M. C. D. S. Risco para lesão renal aguda em hipertensos e diabéticos na atenção primária a saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 9, p. 3197- 3202, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11398/0>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ALMEIDA, S. L. P. *et al.* Guide for systematization of care and nursing process: educational technology for professional practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, supl. 4, e20210975, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0975pt> Access in: 13 jul. 2025.

ALMEIDA, Thiala Maria Carneiro de; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; MIRANDA, Samilly Silva. Aspectos estruturais para a Diabetes Mellitus nas Unidades Básicas de Saúde em capitais brasileiras. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 138, p. 571-589,

ALVES, H. L. C. *et al.* Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. **Cogitare enferm.**, v. 26, e71743, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/8sNL64btw3qBXMJYTy3SF5M/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

ALVES, Héryka Laura Calú *et al.* USO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM NAS TESES BRASILEIRAS: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71743>. Acesso em: 29 out. 2025.

AMANTE, L. A; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/4XFyrTzr7HJX9byqYvBVDVh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2021.

AMARAL, V. S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, e310106, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/QMvkvTdqh4wT87ZJgKwHjfH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Care in Diabetes-2023. **Diabetes Care**, v. 46, n. Suppl. 1, p. S1-S212, 2023. Disponível em: [https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement\\_1](https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement_1). Acesso em: 05 jun. 2023.

ANDRADE, N. H. S. D. *et al.* Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 616-621, 2010. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v18n4/v18n4a19.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ARACAJÚ. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura de Aracajú. **Protocolo de atenção ao portador de diabetes mellitus nas unidades básicas de saúde**, 2018. Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2019/Saude/protocolos/PROTOCOLO-DE-ATENCAO-AO-PORTADOR-DE-DIABETES.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

ARAÚJO, A. C. F. D.; ALENCAR, T. D. O. S. Processo de Trabalho de Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde de Hipertensos e Diabéticos. **REVISA (Online)**, v. 11, n. 1, p. 92-101, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/midias/biblio-1369915>. Disponível em: 14 jan. 2024.

ARAÚJO, Daniella Carvalho *et al.* Construção e validação de protocolo interprofissional para o cuidado pré-natal na gravidez de alto risco. **Rev Bras Enferm.**, v.78, n.1, e20230197, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0197pt>. Acesso em: 12 out. 2025.

ARAÚJO, E. S. S. *et al.* Cuidado de enfermagem ao paciente com diabetes fundamentado na Teoria de King. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1092-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0268>. Acesso em: 20 jun. 2023

ARAÚJO, L. M. S. **Protótipo de uma tecnologia móvel para classificação de risco de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-25012018-101726/>. Acesso em: 16 jan. 2024.

ARAÚJO, M. C. C. *et al.* Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: instrumento para qualidade do cuidado. **Cogitare enferm.**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71281>. Acesso em: 19 jun. 2023.

ARAÚJO, Maísa Miranda *et al.* Development and Validation of Protocol Based on Brazilian Dietary Guidelines for Adults with Diabetes Mellitus Who Attended Primary Health Care. *Int J Environ Res Public Health*, v.20, n.10, 5784, 2023. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10218656/>. Access in: 08 set. 2025.

ARAÚJO, Walquíria Alves *et al.* Educational intervention on perceived stress among adults with type 2 diabetes and metabolic syndrome: a non-randomized clinical trial. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 42, n. 1, e03, 2024. Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n1e03>. Access in: 19 set. 2025.

ARGENTA, C. *et al.* Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem. In: ARGENTA, C.; ADAMY, E. K.; BITENCOURT, J. V. O. V., eds. **Processo de enfermagem: história e teoria**. Chapecó: Editora UFFS, 2020, p. 26-46. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786586545234.0002>. Acesso em: 18 abr. 2023.

ARGENTA, C.; ADAMY, E. K.; BITENCOURT, J. V. O. V. **Processo de enfermagem: história e teoria**. Chapecó: Editora UFFS, 2020, 129 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/w58cn>. Acesso em: 18 abr. 2023.

ARMSTRONG, D. G. *et al.* Diabetic Foot Ulcers: a review. **JAMA**, v. 330, n. 1, p. 62-75, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.10578>. Acesso em: 22 maio 2024.

ARRUDA, G. O.; SCHMIDT, D. B.; MARCON, S. S. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 543-552, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KLj3YFnNCR65dbBhsGt5FKg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2023.

ASMAT, Kainat *et al.* Effect of patient-centered self-management intervention on glycemic control, self-efficacy, and self-care behaviors in South Asian adults with type 2 diabetes mellitus: A multicenter randomized controlled trial. **Journal of diabetes**, v.16, n.9, e13611, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1111/1753-0407.13611>. Access in: 5 out. 2025.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. **Revista de la ALAD**, 2019. Disponível em: [https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191\\_guias\\_alad\\_2019.pdf](https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf). Acesso em: 20 jun. 2023.

ASSUNÇÃO, M. R. S. *et al.* Avaliação da implantação da assistência às pessoas com Diabetes mellitus na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, v. 30, e66069, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/66069/43488>. Acesso em: 18 jun. 2023.

AZEVEDO, O. A. *et al.* Documentation of the nursing process in public health institutions. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, e03471, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/NxpGwW8HpCfJVN7JhcsHFSd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Protocolo de automonitorização domiciliar da glicemia**. Salvador, 2020. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/04/TeleCedeba-Protocolo-Domiciliar-de-glicemia.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

BAILLIE, L. Promoting and evaluating scientific rigour in qualitative research. **Nursing standard**, v. 29, n. 46, p. 36-42, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/ns.29.46.36.e883>. Acesso em: 25 jun. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.

BARRA, D. C. C. *et al.* Validation of nursing diagnosis for nursing consultation on home visit to adults. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 2, e20200115, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0115>. Acesso em: 22 maio 2024.

BARROS, A. L. B. L. *et al.* Nursing Process in the Brazilian context: reflection on its concept and legislation. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, n. 6, e20210898, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0898>. Acesso em: 25 jun. 2023.

BARROS, A. L. B. L. *et al.* Research in nursing and modification of the knowledge tree in CNPq: contribution to science. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 1, e20170911, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0911>. Acesso em: 19 maio 2024.

BASTOS, Rosangela Alves Almeida *et al.* Uma pesquisa convergente assistencial: potencialidades do método para implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. esp, p. e023073-e023073, 2023.

BEAL, C. M. P. *et al.* Cuidado de indivíduos com diabetes mellitus: a consulta de enfermagem na perspectiva de enfermeiras. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, n. e92, p.1-24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769242737>. Acesso em: 05 maio 2023.

BEDIN, Bárbara Belmonte *et al.* Validation of a guide for nursing consultations to adults with Type 2 Diabetes Mellitus. **Rev. Enferm. UFSM**, v.13, e42, p.1-15, 2023. Available from: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/11/1517438/42\\_84158\\_eng.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/11/1517438/42_84158_eng.pdf). Access in: 02 out. 2025.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo colaborativo diabetes mellitus síntese operativa para o cuidado**, 2021. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-colaborativo\\_diabetes\\_mellitus-29-11-2021.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-colaborativo_diabetes_mellitus-29-11-2021.pdf). Acesso em: 23 jun. 2023.

BENITES, Gabriela Cantero *et al.* Adesão às ações de autocuidado de pessoas com diabetes na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.14, p. e38, p.1-14, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769288772>. Acesso em: 3 jul. 2025.

BERGER, Peter Ludwig; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Vozes, 2003.

BEZERRA, E. P. **Construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos no Programa Saúde da Família**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2013.

BIFF, Daiane *et al.* Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.1, p.147-158, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2025.

BLEYER, P. S. *et al.* Promoção da saúde à pessoa com diabetes: percepções dos profissionais da atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 31, n. 1, e74700, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/74700>. Acesso em: 09 maio 2024.

BOCQUET, V. *et al.* Public health burden of pre-diabetes and diabetes in Luxembourg: finding from the 2013-2015 European Health Examination Survey. **BMJ open**, v. 9, n. 1,

e022206, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022206>. Acesso em: 27 jun. 2023.

BODICOAT, D. H. *et al.* Identifying effective pathways in a successful continuous quality improvement programme: The GEDAPS study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 20, n. 6, p. 1137-1143, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25266778/>. Acesso em: 11 jan. 2024.

BONATTO, S. R. *et al.* Protocolos de enfermagem no município de Jaraguá do Sul/SC: estratégia transformadora para atenção primária. **Enferm Foco**, v. 12, n. Supl.1, p. 147-52, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5173>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BOSSATO, Hércules Rigoni; LOYOLA, Cristina Maria Douat; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de. Desafios do cuidado de enfermagem na reabilitação psicossocial: um estudo sob a perspectiva construcionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20200408, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6nKrXMQ3Fk5DF3bDWKXZq9Q/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2025.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 144-8, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/receusp/a/BpDkhRpD4mz5mw39sm6bQkJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 2, p. 577-81, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3brMKjSs5RzRq8Hf9JNy4Cn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2023.

BRASIL, M. S. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. 51. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: Senado; 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm). Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf). Acesso em: 05 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS- Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde- tipo de estabelecimento**. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm). Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 08 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos\\_prt4279\\_30\\_12\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf). Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTMzNQ==>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf). Acesso em: 10 set. 2021.

BRITO-BRITO, P. R. *et al.* Nursing Diagnoses, Planned Outcomes and Associated Interventions with Highly Complex Chronic Patients in Primary Care Settings: An Observational Study. **Healthcare**, v. 10, n. 12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10122512>. Acesso em: 22 maio 2024.

BRITO, L. S. A. *et al.* Concepts, Theoretical Models and Nursing Theories: Integrative Review. **International archives of Medicine**, v. 10, n. 166, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://imedicalpublisher.com/ojs/index.php/iam/article/view/2553>. Acesso em: 25 jun. 2023.

BRUGADA FAURA, M. *et al.* Diversity and universality in response to patient diabetic foot pakistani with type 2 diabetes mellitus from primarycare. **Gerokomos**, v. 24, n. 3, p. 139-143, 2013. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n3/helcos3.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BULA, Daria *et al.* A implementação da prática avançada de enfermagem na atenção primária à saúde: um estudo qualitativo comparativo de facilitadores e barreiras. **Journal of Advanced Nursing**, p. 1-15, 2025. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.70172>. Acesso em: 20 out. 2025.

BURR, Vivien. **Social constructionism**. 4. ed. Routledge, 2024.

CADONÁ, Eliane; SCARPARO, Helena. Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2721-2730, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.13552014>. Acesso em: 30 out. 2025.

CÁRDENAS-VALLADOLID, J. *et al.* Effectiveness of standardized nursing care plans in health outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus: A two-year prospective follow-up study. **PLoS ONE**, v. 7, n. 8, 2012. Disponível em:

CARVALHO NETO, F. J. **Situação Vacinal Entre Pessoas Com Diabetes Mellitus Atendidas Na Atenção Primária À Saúde**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Piauí, PI, 2022. Disponível em: [https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/noticias\\_desc.jsf?lc=pt\\_BR&id=345&noticia=465026590](https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/noticias_desc.jsf?lc=pt_BR&id=345&noticia=465026590). Acesso em: 12 jan. 2024.

CARVALHO, B. M. *et al.* Baby Date: a mobile application for teaching nursing care to newborns in primary care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 32, e4164, 2024. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7022.4164>. Acesso em: 24 maio 2024.

CARVALHO, C. M. G.; CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 2, p. 430-5, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0308>. Acesso em: 04 jun. 2023.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. esp, p. 134-41, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFftpGjYpwTxM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2023.

CARVALHO, Luciana Alves de Oliveira *et al.* Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus. **Revista Técnico-Científica CEJAM**, v. 2, p. e202320011, 2023. Disponível em: <https://revista.cejam.org.br/index.php/rtcc/article/view/e202320011>. Acesso em: 12 set. 2025.

CASTILLO-MERINO, Y. A. *et al.* Educational Interventions in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Health Care Settings: a scoping review. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 41, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e15>. Acesso em: 21 maio 2024.

CATANDUVA. Secretaria de Saúde. Prefeitura de Catanduva. **Protocolo de diabetes mellitus na atenção primária à saúde de Catanduva-SP**, 2020. Disponível em: <https://observasaudecatanduva.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Protocolo-de-Diabetes-Mellitus-na-Atencao-Primaria-a-Saude-PROTEGIDO.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

CAVALCANTE, T. F. *et al.* Ineffective health management in people with type 2 diabetes. **International journal of nursing knowledge**, v. 33, n. 1, p. 64-71, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34048151/>. Acesso em: 12 jan. 2024.

CAVALETTI, A. C. L.; CALDAS, C. P. Condições sensíveis à atenção primária: o protagonismo da estratégia saúde da família na prevenção de internações de pessoas idosas. **J Manag Prim Health Care**, v. 13, p. e010, 2021. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1030>. Acesso em: 25 jun. 2023.

CENTENARO, Alexa Pupiara Flores Coelho *et al.* Autocuidado de catadores de material reciclável: ações de Enfermagem à luz da Pesquisa Convergente-Assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210111, 2021.

CHAVES, Fernanda Azeredo; TORRES, Heloisa de Carvalho; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Terminology subset for the International Classification of Nursing Practice in Diabetes Mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.32, p. e4188, p.1-13, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7018.4188>. Access in: 3 jul. 2025.

CHIARANAI, C. *et al.* Effectiveness of telehealth on the glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **International journal of nursing studies advances**, v. 6, 100169, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100169>. Acesso em: 24 maio 2024.

CHOWDHURY, H. A. *et al.* The effectiveness of diabetes self-management education intervention on glycaemic control and cardiometabolic risk in adults with type 2 diabetes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v.19, n.2, e0297328, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297328>. Acesso em: 22 maio 2024.

CIANCIARULLO, T. W. Teoria das necessidades humanas básicas: um marco indelével na enfermagem brasileira. **Rev Esc Enf da USP**, v. 21, p. 100-7, 1987. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/bLrHQKZ53GztGkwyVKxZS3S/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CLARES, J. W. B. *et al.* Subset of nursing diagnoses for the elderly in Primary Health Care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p. 270-6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/d6x4ZWXN3czxZdnc4JQH4Tg/?lang=en>. Acesso em: 17 jun. 2023.

CLARES, J. W. B.; GUEDES, M. V. C.; FREITAS, M. C. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em dissertações e teses brasileiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 22, p. 56262, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/56262>. Acesso em: 29 jun. 2023.

CLARES, J.W.B. *et al.* ICNP® nursing diagnoses, outcomes and interventions for community elderly. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. Suppl 2, p. 191-8, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0540>. Acesso em: 22 jun. 2023.

CLAUS, Maria Izabel Sartori *et al.* A inserção do brincar e brinquedo nas práticas de enfermagem pediátrica: pesquisa convergente assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, p. e20200383, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 736 de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 09 maio 2024.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Ministério da Educação. **Produção Técnica- grupo de trabalho**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

CORRÊA, A. C. P. *et al.* A Pesquisa Convergente Assistencial como Estímulo para a Consolidação da Humanização da Assistência de Enfermagem ao Parto. **Pensar Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2016. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23711/1/Artigo1-Paginas3\\_18%281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23711/1/Artigo1-Paginas3_18%281%29.pdf). Acesso em: 20 jun. 2023.

CORTEZ, D. N.; SANTOS, M. T.; LANZA, F. M. Consulta de enfermagem: o cuidado na perspectiva da pessoa com diabetes mellitus tipo 2. **J. nurs. Health**, v. 11, n. 1, e2111118810, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18810>. Acesso em: 17 maio. 2023.

CORTEZ, Danielle Nogueira *et al.* Efeito individual das atitudes e empoderamento para o autocuidado em diabetes mellitus. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 12, n. 80, p. 11302–11317, 2022. Disponível em: <https://www.revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2769>. Acesso em: 03 out. 2025.

COSTA, F. P.; DEHOUL, M. S. Assistência ao portador de diabetes mellitus na atenção primária: papel do enfermeiro e importância na equipe multidisciplinar. **Glob Acad Nurs.**, v. 3, n. Sup.3, e295, 2022. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globalcadnurs/article/view/344>. Acesso em: 18 jun. 2023.

CRUZ, E. C. **Contribuição Da Consulta De Enfermagem Na Adesão Ao Tratamento Do Diabetes Mellitus Na Estratégia Saúde Da Família Do Município De Ribeirão Preto, Sp.**

2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-06052016-190127/publico/EDNACASTRODACRUZ.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024

CUBAS, M. R.; GARCIA, T. R. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: enunciados do sistema de informações da Associação Brasileira de Enfermagem (SiABEn)**. São Paulo: Artmed; 2021.

CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; TORRES, H. C. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes *melittus* tipo 2 em insulinoterapia. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 3, p. 552-57, 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/7987>. Acesso em: 10 out. 2021.

DAL MORO, Rafael *et al.* The Development of the Municipal Registry of People with Diabetes in Porto Alegre, Brazil. **J. Clin. Med.**, v.13, n.10, 2024. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm13102783>. Access in: 18 out. 2025.

DALY, B. M. *et al.* Do primary health care nurses address cardiovascular risk in diabetes patients? **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 106, n. 2, p. 212-220, 2014. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25271111/>. Acesso em: 12 jan. 2024.

DALY, B. M.; ARROLL, B.; SCRAGG, R. K. R. Trends in cardiovascular management of people with diabetes by primary healthcare nurses in Auckland, New Zealand. **Diabetic Medicine**, v. 36, n. 6, p. 734-741, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791130/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

DALY, B. M.; ARROLL, B.; SCRAGG, R. K. R. Trends in diabetes care and education by primary health care nurses in Auckland, New Zealand. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 177, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34102248/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

DAMASKOS, C. *et al.* Assessing Cardiovascular Risk in Patients with Diabetes: An Update. **Current cardiology reviews**, v. 16, n. 4, p. 266-274, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1573403X15666191111123622>. Acesso em: 24 maio 2024.

DANTAS, C. N.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, e2800014, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VtXc5rmVKh3H7QYrCPVRB8d/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 03 out. 2025.

DANTAS, M. J.; FIGUEIREDO, M. H.; GUEDES, V. Intervenções do enfermeiro de família na consulta de vigilância da diabetes. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 1, e21084, 2022. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/27869>. Acesso em: 19 jun. 2023.

DEN ENGELSEN, C. *et al.* Improved care of type 2 diabetes patients as a result of the introduction of a practice nurse: 2003-2007. **Primary Care Diabetes**, v. 3, n. 3, p. 165-171, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19726260/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. Paradigmas e perspectivas em transição. In: DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Diabetes in Porto Alegre, Brazil. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 10, p. 2783,

DIADEMA. Secretaria da saúde. Prefeitura do município de Diadema. **Protocolo de Diabetes**, 2017. Disponível em:

<http://saude.diadema.sp.gov.br/saude/images/pdfs/diabetes.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

DIAS, J. A. A.; DAVID, H. M. S. L.; VARGENS, O. M. C. Ciência, enfermagem e pensamento crítico- reflexões epistemológicas. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. Supl. 4, p. 3669-75, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11142>. Acesso em: 28 jun. 2023.

DINGENA, C. A. *et al.* Nutritional and Exercise-Focused Lifestyle Interventions and Glycemic Control in Women with Diabetes in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. **Nutrients**, v.15, n.2, 2023. Disponível em:

<https://doi.org/10.3390/nu15020323>. Acesso em: 22 maio 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Protocolo de atenção à saúde – Manejo da hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus na atenção primária em saúde**. Brasília, 2018. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Manejo+da+Hipertens%C3%A3o+Arterial+Sist%C3%AAmica+e+do+Diabetes+Mellitus+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria+%C3%A0+Sa%C3%BAde.pdf/49f415f3-96a2-91af-48c0-fda22b0a466f?t=1648646138915>. Acesso em: 23 jun. 2023.

DRAEGER, V. M. *et al.* Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 26, p. e20210353-e20210353, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/jWV9kWLz73rpB48MwqVSDzd/>. Acesso em: 16 jan. 2024.

DRAEGER, V. M. **Práticas dos enfermeiros para o monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis no contexto da atenção primária à saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2019.

Disponível em:

[https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC\\_418addacd0a08e1d083499607fcf67e0](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_418addacd0a08e1d083499607fcf67e0). Acesso em: 11 jan. 2024.

DUTRA, B. K. *et al.* Contribuição da pesquisa convergente assistencial para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev enferm UERJ**, v. 29, e59821, 2021.

Disponível em: [https://www.e-](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/59821)

[publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/59821](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/59821). Acesso em: 12 jun. 2023.

DUTRA, Bruna Karla *et al.* Contribuição da pesquisa convergente assistencial para e20180352, 2019.

ECHENIQUE, A. M. A.; RODRÍGUEZ, L. S. M; FERNÁNDEZ, B. M. Effectiveness of nursing interventions in the control of type 2 diabetes mellitus. *An Sist Sanit Navar*, v. 43, n. 2, p. 159-167, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0860>. Acesso em: 12 jan. 2024.

ELO, S.; KYNGÄS, H. The qualitative content analysis process. **Journal of advanced nursing**, v.62, n.1, p. 107-115, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>. Acesso em: 20 maio 2024.  
em enfermagem. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2018.

ENCARNAÇÃO, P. P. S. D.; SANTOS, E. S. A. D.; HELIOTÉRIO, M. C. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência. **Rev. APS**, v. 20, n. 2, p. 273-278, 2017. ISSN 1516-7704. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15998>. Acesso em: 13 jan. 2024  
**Enfermagem**, v. 76, p. e20220260, 2022.

FARIAS, P. *et al.* Construção de protocolo assistencial de enfermagem para o potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. Supl. 8, p. 3317-20, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110199/22093>. Acesso em: 23 jun. 2023.

FÉLIX, N. D. C *et al.* Terminologia especializada de enfermagem para o cuidado de pessoas com síndrome metabólica. **Escola Anna Nery**, v.24, n.3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JhF3B5mbRmkLBXmBfGyFDc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2025.

FERNANDES, Lucas Santos *et al.* Is participation in primary care actions leading to better behaviors in people with diabetes? Results from the Amazon region. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 16, 2025. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12276466/>. Access in: 12 out. 2025.

FERNANDES, Taffarel Ramires; NASCIMENTO, Vinícius Amarante. O estado da arte: construcionismo social e a performance terapêutica no Brasil. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 28, n. 64, p. 6-19, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21452/2594-43632019v28n64a01>. Acesso em: 10 out. 2025.

FERREIRA, A. P. **Registro da Assistência de Enfermagem em consultas a portadores de Diabetes Mellitus na Atenção Básica**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-20032020-131642/pt-br.php>. Acesso em: 15 jan. 2024.

FERREIRA, D. L. *et al.* O efeito das equipes multiprofissionais em saúde no Brasil em atividades de cuidado com o diabetes. **REAS/EJCH**, v. 17, n. e91, p. 1-7. 2018. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/91>. Acesso em: 27 jun. 2023.

FERREIRA, F. F. *et al.* Clinical validation of terminological subsets of the international classification for nursing practice: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.

78, n. 2, e20240203, 2025. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0203pt>  
Access in: 10 jul. 2025.

FERREIRA, Rosa Gomes dos Santos *et al.* Pesquisa convergente assistencial: Contribuição à enfermagem em saúde mental. **LUMEN ET VIRTUS**, v. 15, n. 40, p. 4304-4312, 2024.

FERRITO, C.; NUNES, L.; CARNEIRO, A. V. Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica. **Cadernos de Saúde**, v. 6, p. 19-29, 2013. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2837>. Acesso em: 12 jan. 2024.

FIGUEIREDO, T. W. B. *et al.* Developing a nursing healthcare protocol: a case report. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. Suppl 6, p. 2837-42, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0846>. Acesso em: 08 jun. 2023.

FIGUEIREDO, Talita Wérica Borges *et al.* Construção de um protocolo de cuidados de enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, v.7, suppl 6, p. 3004-9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NVt9jXTZYzmQFMZg6wPdMSD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2025.

FLOOD, D. *et al.* Integrating hypertension and diabetes management in primary health care settings: HEARTS as a tool. **Rev Panam Salud Publica**, v. 46, e150, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.150>. Acesso em: 18 jun. 2023.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras epidemiol**, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sHGVt9sy9YdGcGNWXyhh8GL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2023.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem volume 1 - Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%201%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

FONSECA, Deborah Franscielle da *et al.* CARE PROTOCOL WITH TOTALY IMPLANTED VENOUS CATHETER: A COLLECTIVE CONSTRUCTION. **Texto Contexto Enferm**, v.28, e20180352, 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0352>. Access in: 08 out. 2025.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de saúde pública**, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

FRANÇA, M. S. *et al.* Content validation of the nursing diagnosis “inadequate social support network”. **Rev Esc Enferm USP**, v. 57, e20230250, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0250en>. Acesso em: 22 maio 2024.

FREIRE, Bianca Silva de Morais *et al.* PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO BRASILEIRO: UMA REVISÃO DE ESCOPO. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.17, e255055, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/255055/43763>. Acesso em: 13 set. 2025.

FROTA, G. A. *et al.* Nursing protocol for glycemic monitoring in hospitalized individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, 2024. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v29i0.94177> Access in: 10 out. 2025.

FROTA, Gesiane Araújo *et al.* PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA MONITORIZAÇÃO GLICÊMICA EM PESSOAS HOSPITALIZADAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.91849> . Acesso em: 3 jul. 2025.

FURLER, J. *et al.* Supporting insulin initiation in type 2 diabetes in primary care: Results of the Stepping Up pragmatic cluster randomised controlled clinical trial. **BMJ**, v. 356, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28274941/>. Acesso em: 16 jan. 2024.

GADELHA, G. G. R. S. *et al.* Impacto do processo de enfermagem (PE) na saúde do paciente. **Revista Foco**, v. 17, n. 11, e6590, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n11-100>. Acesso em: 07 dez. 2024.

GALÁN, I. G. *et al.* Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care. **Enfermeria clinica**, v. 31, n. 5, p. 313-322, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.03.003>. Acesso em: 21 maio 2024.

GALICIA-GARCIA, Unai *et al.* Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. **Int J Mol Sci.**, v.21, n.17, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7503727/>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GALVÃO, José Jorge da Silva *et al.* Autonomia do enfermeiro no exercício das práticas de enfermagem na atenção primária à saúde. **Enferm Foco**, v.15, n.Supl 1, e-202415SUPL1, 2024. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202415SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202415SUPL1.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202415SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202415SUPL1.pdf). Acesso em: 19 out. 2025.

GARCÍA-ULLOA, A. C. *et al.* Risk Factors Associated with Diabetic Retinopathy with and without Macular Edema in Recently Diagnosed Patients with Type 2 Diabetes. **Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy**, v. 17, p. 231-238, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/DMSO.S447658>. Acesso em: 22 maio 2024.

GARCIA, T. R.; BARTZ, C. C.; COENEN, A. M. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. GARCIA, T. R. organizador. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira**. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 24-36.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta**

**Paul Enferm.**, v. 22, n. especial-70 Anos, p. 875-9, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MMXrXxrQT9JHcZnm4CwqPsf/>. Acesso em: 16 jun. 2023.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CUBAS, M. R. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação internacional para a prática de enfermagem**: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed; 2020, p. 21-34.

GENG, T. *et al.* Healthy lifestyle behaviors, mediating biomarkers, and risk of microvascular complications among individuals with type 2 diabetes: A cohort study. **PLoS medicine**, v. 20, n.1, e1004135, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004135>. Acesso em: 22 maio 2024.

GEREMIA, Daniela Savi *et al.* Autonomia profissional do enfermeiro na atenção primária à saúde: perspectivas para a prática avançada. **Enferm. Foco**, v.15, n.Supl 1:e-202417SUPL1, 2024. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-15-s1-e-202417SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s1-e-202417SUPL1.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-s1-e-202417SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s1-e-202417SUPL1.pdf). Acesso em: 18 out. 2025.

GERGEN, K. J. From mirroring to world-making: research as future forming. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jtsb.12075>. Acesso em: 09 maio 2024.

GERGEN, K. J. The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. **American Psychologist**, v. 40, n. 3, p. 266-275, 1985. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1986-00014-001>. Acesso em: 10 jul. 2023.

GERGEN, K. J.; GERGEN, M. **Construcionismo social**: um convite ao diálogo. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010.

GERGEN, K. J.; MCNAMEE, S.; BARRETT, F. J. Toward Transformative Dialogue. **International Journal of Public Administration**, v. 24, n. 7 & 8, p. 679-707, 2001. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=501e188d651c830ae221a51e2d718a722d0460fd>. Acesso em: 09 maio 2024.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. Supl.1, p. 2543-2556, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.4, p.1475-1481, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2025.

GOMES, A. I. **Atuação do enfermeiro na prevenção do pé diabético na atenção primária**. 2023. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário FADERGS, Porto Alegre, RS, 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/9290ed89-0833-4c2b-bfd0-af719f8749c0>. Acesso em: 12 jan. 2024.

GRANDE-ALONSO, Mónica *et al.* Improving nursing care protocols for diabetic patients through a systematic review and meta-analysis of recent years. **World journal of diabetes**, v.16, n.2, p.1-14, 2025. Available from: <https://doi.org/10.4239/wjd.v16.i2.100801>. Access in: 5 jul. 2025.

GRAVES, H. *et al.* Psychological skills training to support diabetes self-management: Qualitative assessment of nurses' experiences. **Prim Care Diabetes**, v. 10, n. 5, p. 376-82, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27006306/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GRIFFITS, S.; HINES, S.; MOLONEY, C. Characteristics and processes of registered nurses' clinical reasoning and factors relating to the use of clinical reasoning in practice: a scoping review. **JBIC Evidence Synthesis**, v. 21, n. 4, p. 713–743, 2023. Available from: <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00373>. Access in: 09 out. 2025.

GUERRERO-NÚÑEZ, S.; VALENZUELA-SUAZO, S.; CID-HENRÍQUEZ, P. Nursing care for persons with diabetes mellitus type 2, according to the theory of bureaucratic care. **Aquichan**, v. 18, n. 1, p. 20-31, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972018000100020&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972018000100020&script=sci_abstract).

GULINI, J. E. H. M. B. **Protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo na unidade de terapia intensiva**. 2016. 200f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/167656>. Acesso em: 20 jun. 2023.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 2. p. 436-41, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>. Acesso em: 03 jun. 2023.

HARTWEG, D. L.; PICKENS, J. A Concept Analysis of Normalcy within Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. **Self-Care, Dependent-Care & Nursing**, v. 22, n. 1, p. 4-13, 2016.

HOE, C. Y. W.; AHMAD, B.; WATTERSON, J. The use of videos for diabetes patient education: A systematic review. **Diabetes/metabolism research and reviews**, v. 40, n. 2, e3722, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3722>. Acesso em: 23 maio 2024.

HOFFMANN, Alessandra Yasmin *et al.* Estratégias dos gestores municipais frente ao financiamento da atenção primária à saúde. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 29, 2025.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 8, n. 1, 1974. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/z3PMpv3bMNst7jCJH77WKLB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2023.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1979.

HOWLAND, C. *et al.* Primary Care Clinic Nurse Activities with a Telehealth Monitoring System. **West J Nurs Res**, v. 43, n. 1, p. 5-12, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32443961/>. Acesso em: 13 jan. 2024

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Censo Demográfico- panorama. **População no último censo**, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/monte-belo/panorama>. Acesso em: 21 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal- Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>. Acesso em: 02 jun. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Agenda 2030. ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: IPEA; 2018. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 09 maio 2024. integrative review. **International journal of nursing studies**, v. 154, p. 104747,

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES- ICN. **Guidelines for ICNP® Catalogue Development**. Genebra: International Council of Nurses, 2018. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Guidelines%20for%20ICNP%20Catalogue%20Development%202018.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2023.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Technical implementation guide**. Geneva: International Council of Nurses, 2017. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP\\_Technical\\_Implementation\\_Guide.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP_Technical_Implementation_Guide.pdf). Acesso em: 02 jun. 2023.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 10th Ed. Brussels: IDF, 2021. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>. Acesso em: 02 fev. 2023.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 9th Ed. Brussels: IDF, 2019. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/atlas/ninth-edition/>. Acesso em: 06 set. 2021.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **Health informatics: categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS 18104: 2014)**. Geneva: ISO; 2014. Disponível em: <https://www.iso.org/standard/59431.html>. Acesso em: 02 jul. 2023.

JACOBI, C. S. **Protocolo para idosos no pós-operatório de fratura de fêmur proximal por queda: construção convergente assistencial**. 2018. 231f. Tese (Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/16547>. Acesso em: 20 jun. 2023.

JAFARI, A. *et al.* “Role of diabetes health literacy, psychological status, self-care behaviors, and life satisfaction in predicting quality of life in type 2 diabetes.” **Scientific reports**, v. 14, n. 1, 2024. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10796649/pdf/41598\\_2024\\_Article\\_51245.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10796649/pdf/41598_2024_Article_51245.pdf). Acesso em: 23 maio 2024.

JU, H. H. *et al.* A nurse-led telehealth program for diabetes foot care: feasibility and usability study. **JMIR Nursing**, v. 6, e40000, 2023. Available from: <https://doi.org/10.2196/40000>. Access in: 20 out. 2025.

KAHL, C. *et al.* Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03327, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/SqwXTp7RJYnh54rRLXHCrC/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2021.

KAREZ, Adriane Franklin *et al.* Contribuições da Terapia Comunitária Integrativa na abordagem terapêutica de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, e15712023, 2025.

KHAN, T. A. *et al.* Combination of Multiple Low-Risk Lifestyle Behaviors and Incident Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. **Diabetes care**, v. 46, n. 3, p. 643-656, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc22-1024>. Acesso em: 22 maio 2024.

KIM, A. M. *et al.* Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 259, p.1-7, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4098-x>. Acesso em: 22 jun. 2023.

KRAUZER, Ivete Maroso *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, v. 22, e-1087, 2018. Disponível em [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622018000100215&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622018000100215&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 26 set. 2025.

KROEF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>. Acesso em: 27 jun. 2023.

LABEGALINI, C. M. G. *et al.* Atendimento de saúde à pessoas hipertensas e diabéticas: percepção de enfermeiros. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 21, p. e61580-e61580, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/61580>. Acesso em: 10 jan. 2024.

LACERDA, M. R.; SILVA, R. S.; GOMES, N. P.; SOUZA, S. R. R. K. Reflections on theoretical framework use in nursing research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n.

3, p. e20230486, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0486pt>. Acesso em: 30 out. 2025.

LAUTERTE, P. *et al.* Protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus na atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, e72, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40638>. Acesso em: 23 jun. 2023.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2021.

LAZARINI, W. S. *et al.* Um olhar sobre a autonomia: percepções de enfermeiras sobre suas práticas na atenção primária. **Enferm Foco**, v. 15, n. Supl 1, e-202407, 2024. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202407SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202407SUPL1.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202407SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202407SUPL1.pdf). Acesso em: 09 maio 2024.

LEMOS, C. A. *et al.* Learning demands of diabetes self-management: a qualitative study with people who use insulin. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 32, e4167, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6963.4167>. Acesso em: 23 maio 2024.

LENZ, E. R. *et al.* Diabetes care processes and outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. **The Diabetes educator**, v. 28, n. 4, p. 590-598, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12224199/>. Acesso em: 12 jan. 2024.

LIMA, Ana Flávia Silva *et al.* Promoção da saúde de trabalhadores do Consultório na Rua: pesquisa convergente assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, p. e20230100, 2024.

LIMA, Daiane *et al.* Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2517>. Acesso em: 08 set. 2025.

LIND, N. *et al.* Comparing Continuous Glucose Monitoring and Blood Glucose Monitoring in Adults With Inadequately Controlled, Insulin-Treated Type 2 Diabetes (Steno2tech Study): A 12-Month, Single-Center, Randomized Controlled Trial. **Diabetes care**, v. 47, n. 5, p. 881-889, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc23-2194>. Acesso em: 23 maio 2024.

LONG, S. E. P. Faith Community Nursing: Using Spiritual Interventions in Diabetes Prevention. **Journal of Christian nursing**, v. 37, n. 4, p. 243-249, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000752>. Acesso em: 22 maio 2024.

LOPES, D. G. *et al.* Desafios do enfermeiro frente à diabetes mellitus gestacional na atenção primária do SUS. **Revista Ciência & Inovação – FAM**, v. 4, n. 1, 2019. Disponível em: [https://faculadadedeamericana.com.br/ojs/index.php/Ciencia\\_Inovacao/article/view/219/540](https://faculadadedeamericana.com.br/ojs/index.php/Ciencia_Inovacao/article/view/219/540). Acesso em: 21 jun. 2023.

LOPES, L. P. *et al.* Processo de cuidado para prevenção de quedas em idosos: teoria de intervenção praxica da enfermagem. **Escola anna nery**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3tMBS4Nrm4d3SmSJzyKKY7n/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2023.

LÓPEZ-PISA, R. M.; PRATS-GUARDIOLA, M. Joint home follow-up of a patient with complicated diabetes mellitus by the case manager and the community nurse: II. **Enfermería Clínica**, v. 22, n. 1, p. 46-50, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21872519/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MACAÉ. Prefeitura Municipal de Macaé. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Município de Macaé**, 2020. Disponível em: <https://macae.rj.gov.br/midia/conteudo/arquivos/1636696454.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MACEDO, H. K. S. *et al.* Internações por diabetes mellitus em idosos no Brasil de 2001 a 2020: tendência temporal e padrões espaciais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 24, n. 3, e210107, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/NdgHNRsybKV7MNCjybTKCGq/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2023.

MADELLA, A. A. P. *et al.* Consulta de enfermagem às mulheres que convivem com o HIV na perspectiva fenomenológica. **Rev Min Enferm.**, v. 28, e-1538, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2024.40982>. Acesso em: 18 maio 2024.

MAIA, L. G. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 2, 2019. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-primaria-um-estudo-ecologico/>. Acesso em: 13 jun. 2023.

MALHÃO, T. A. *et al.* Diferenças sexuais nas tendências de mortalidade por diabetes mellitus no Brasil, 1980-2012. **PLoS ONE**, v. 11, n. 6, e0155996, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155996>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MALIK, A.; ANANTHAKRISHNAN, S. Diabetes Physical Examination. **The Medical clinics of North America**, v. 106, n. 3, p. 483-494, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.12.007>. Acesso em: 24 maio 2024.

MALTA, D. C. *et al.* Diabetes autorreferido e fatores associados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2643-2653, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FC39MrV7mL43ZNgTDjtfB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2023.

MALTA, D.C. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev bras epidemiol**, v.22,

n.Suppl 2, p.E190006, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/qQttB6XwmqzJYgcZKfpMV7L/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MANFRIM, Ana Flávia; RASERA, Emerson. Diálogos entre o discurso construcionista social e a terapia social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 25, n. 56, p. 34–48, 2016. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/239>. Acesso em: 7 jul. 2025.

MARANHÃO. Secretaria de Saúde do Maranhão. **Protocolos na atenção primária à saúde diabetes mellitus hipertensão arterial sistêmica**, 2020. Disponível em: <http://painel.sigonet.net.br/upload/0000000409/cms/publicacoes/0b4f3ae4f61fe555d05f973cc9e2c9c7.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MARQUES, F. R. D. M *et al.* Diagnóstico de enfermagem em idosos com diabetes mellitus segundo Teoria do Autocuidado de Orem. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, n. Suppl 4, e20201171, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1171>. Acesso em: 22 maio 2024.

MARQUES, R. **Caderneta como instrumento tecnológico para a consulta de enfermagem a pacientes acompanhados no hiperdia**. 2020. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Fametro, Fortaleza, CE, 2020. Disponível em: <http://repositorio.unifametro.edu.br/handle/123456789/323>. Acesso em: 15 jan. 2024.

MARTÍNEZ-ALBERTO, C. E. *et al.* Evaluation of the risk of diabetic peripheral neuropathy: Design and validation of the NeuDiaCan nursing screening procedure. **Enfermeria clinica**, v. 30, n. 2, p. 89-98, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31515153/>. Acesso em: 12 jan. 2024.

MATHIESEN, Anne Sophie *et al.* Self-determination theory interventions versus usual care in people with diabetes: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. **Systematic reviews**, v.12, n.1, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02308-z>. Access in: 5 jul. 2025.

MATIAS, M. C. M.; KAIZER, U. A. O.; SÃO-JOÃO, T. M. Consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidado às pessoas com doenças crônicas cardiometabólicas. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 11, e22, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769243719>. Acesso em: 24 jun. 2023.

MATROOK, K. A. *et al.* Nurse-led family-based approach in primary health care for patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative study. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, v. 19, n. 1, 2323060, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2323060>. Acesso em: 23 maio 2024.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 13, supl. 1, p. 771–780, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/HTZyzGrvmx8zVhYZ8pM96jr/?lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2025.

MAURO, Adriéli Donati *et al.* Towards standardisation of evidence-based clinical care process specifications. **Health informatics journal**, v. 26, n. 4, p. 2512-2537, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1460458220906069>. Acesso em: 22 maio 2024.

MELO, C. M. C. D. S. *et al.* Development and assessment of an application for primary care for users with diabetes mellitus. **Aquichan**, v. 20, n. 2, p. 1-14, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1657-59972020000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972020000200006). Acesso em: 10 jan. 2024.

MELO, Tatiane Aparecida Caribé *et al.* Protocolo de Implementação do Processo de Enfermagem em Consultas a Pessoas com Hipertensão e Diabetes na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 15, n. 92, p. 14142–14157, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2024v14i92p14142-14157>. Acesso em: 3 jul. 2025.

MELO, V. D. C. **Protocolo de enfermagem para grupos de educação em saúde aos hipertensos e diabéticos na atenção primária à saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/11685>. Acesso em: 16 jan. 2024.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em 09 set. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 21 jun. 2023.

MENDES, E. V. **Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde**. *Ciênc. saúde colet.*, v. 23, n. 2, p. 431-35, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdNGmPZ6qRFKzRn4qZLXWRB/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2023.

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. 512p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49107>. Acesso em: 15 maio. 2023.

MENDONÇA M. H. M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-150.

MEZAROBA, E. *et al.* Implementação de práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: potencialidades e fragilidades. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 3, e023154, 2023. Disponível em:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1811>. Acesso em: 25 jun. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 408 p.

MOMIN, R. P. *et al.* A nurse practitioner–led telehealth protocol to improve diabetes outcomes in primary care. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 34, n. 10, p. 1167-1173, 2022. Disponível em: [https://journals.lww.com/jaanp/Abstract/2022/10000/A\\_nurse\\_practitioner\\_led\\_telehealth\\_protocol\\_to.10.aspx](https://journals.lww.com/jaanp/Abstract/2022/10000/A_nurse_practitioner_led_telehealth_protocol_to.10.aspx). Acesso em: 21 jun. 2023.

MONTES CLAROS. Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. **Protocolo assistencial de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus do município de Montes Claros**, 2017. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/diariooficial/2018/jan-18/Anexo%20Portaria%20SMS%2012-2018/fwprotocolosdeenfermagemacertados/PROTOCOLO%20ENF%20DIABETES.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MORAES, J. T. *et al.* Validação de um instrumento para consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem Referência**, vol. IV, n. 19, out./dez. 2018. ISSN 0874-0283 / 2182-2883. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388258241014/html/> Acesso em: 08 out. 2025.

MOREIRA, T. R. *et al.* Digital technology and its effects on knowledge improvement for diabetes management: an integrative review. **International Journal of Nursing Practice**, v. 29, n. 1, e13029, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijn.13029>. Access in: 24 mar. 2025.

MORGADO, P. C. *et al.* Educational technologies for families and children with type 1 diabetes: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20240134, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0134en>. Acesso em: 30 jan. 2025.

MORIÁ, Clara; F. RASERA, Emerson. A construção social da psicopatologia e a cultura do déficit na perspectiva construcionista de Kenneth Gergen. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 33, n. 80, p. 7–18, 2025. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/767>. Acesso em: 7 jul. 2025.

MOTA, B. A. M; MOURA-LANZA, F.; NOGUEIRA-CORTEZ, D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 324-332, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2019.v21n3/324-332/pt>. Acesso em: 18 maio 2024.

MOURÃO NETTO, J. J.; DIAS, M. S. A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 65-72, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/655>. Acesso em: 17 out. 2021.

MUNIZ, Emanuel Avelar *et al.* Guia de Enfermagem Escolar para promoção da saúde de jovens estudantes: construção e validação. **Rev Bras Enferm.**, v.76, n.1, e20220260, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/Fx8ZX9tStNYKhQsqt8sFK9S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2025.

MURRELLS, T. *et al.* Nursing consultations and control of diabetes in general practice: a retrospective observational study. **Br J Gen Pract**, v. 65, n. 639, p. e642-8, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26412840/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

MUZY, J. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, e00076120, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/B9Fhg54pjQ677YVx9g3mHwL/>. Acesso em: 18 maio 2023.

NAGELKERK, J. *et al.* Improving outcomes in adults with diabetes through an interprofessional collaborative practice program. **J Interprof Care**, v. 32, n. 1, p. 4-13, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1372395>.

Acesso em: 28 jun. 2023.

NASCIMENTO, F. C. *et al.* Applicability of theoretical references by nurses in primary health care: Scoping review. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 13, n. e21, p. 1-20, 2023.

NAVA, L. F. **Impacto Do Monitoramento De Enfermagem No Controle Da Adesão Medicamentosa E Da Prática De Exercícios Físicos Para Diabéticos E Hipertensos Na Atenção Primária À Saúde**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2021.

NEVES, R. S.; MELO, F. S.; MARQUES, M. L. A. Implementação do processo de enfermagem entre estudantes de enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica. **Enfermagem Foco**, v. 11, n. 6, p. 214-221, 2020. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-11-6-0214/2357-707X-enfoco-11-6-0214.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-11-6-0214/2357-707X-enfoco-11-6-0214.pdf). Acesso em: 24 maio 2024.

NIETSCHKE, E. A. *et al.* Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 2 n. 1, p. 182-189, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591>. Acesso em: 19 jun. 2023.

NOGUEIRA, L. G. F.; NÓBREGA, M. M. L. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 53-59, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reecusp/a/TB6wVsHcs7YjSRg7d8dPpGd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2023.

NORONHA, J. A. F. Altered touch perception and associated risk factors in individuals with diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 6, e20190473, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0473>. Acesso em: 23 maio 2024.

NUNES, Luciana Bicalho *et al.* Avaliação do programa comportamental em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico randomizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 851–862, 2023.

Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-do-programa-comportamental-em-diabetes-mellitus-tipo-2-ensaio-clinico-randomizado/18519?id=18519>. Acesso em: 18 set. 2025.

OCCIDENTAL, Angela J.; ZADVINSKIS, Inga M.; HOYING, Jacqueline. Melhores práticas baseadas em evidências para educação e autocuidado em diabetes nos Apalaches: uma revisão da literatura. **Journal of Appalachian Health**, v. 7, n. 3, 2025.

OLIVEIRA, A. L. M. *et al.* Desafios na prática dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul. In: SOUSA, M.F.; ALVARENGA, J.P.O.; GUIMARÃES, R.C.P. (org.) **Práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil: conjugações singulares e plurais**. Brasília: Editora ECoS, 2023. 282-306 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde**. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 09 maio 2024.

PAES, R. G. **A influência da literacia em saúde e do conhecimento da doença na autogestão do cuidado em adultos com Diabetes Mellitus tipo 2: subsídios para enfermagem**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2021. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/71609/R%20-%20D%20-%20ROBSON%20GIOVANI%20PAES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 jan. 2024.

PAES, R. G. *et al.* Efeitos de intervenção educativa no letramento em saúde e no conhecimento sobre diabetes: estudo quase-experimental. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 26, p. e20210313-e20210313, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Gdg7DbcVLH4nBjysxDcxVwK/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2024.

PENEDO, R.M.; SPIRI, W. C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 1, p. 86-92, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/TsS4dwwQMB7BzrMPBcM9pKw/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

PEREIRA, Juliana Guisardi; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta Paul Enferm.**, v.31, n.6, 627-35, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/RYqjyz7Xdt6ZrtXT9RhKJ9Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2025.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Rev. Interface**, v. 17, n. 45, p. 327-40, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Ft6bq9kVPDcKvcPtR9THjYD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2023.

PÉREZ-VICO-DÍAZ DE RADA, L. *et al.* Community resources prescription for self-care improvement in chronic illnesses. Clinical case management in Primary Health Care. **Enferm**

**Clin**, v. 24, n. 4, p. 254-60, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24786984/>. Acesso em: 12 jan. 2024.

PERONDI, Fabiane *et al.* Vulnerabilidades de mulheres institucionalizadas que vivem com esquizofrenia: narrativas fotoetnográficas. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 2, e240478, 27 jun. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2025.v34n2/e240478pt/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

PETERS, M. D. J. *et al.* Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. **JBIM Evid Synth**, v. 20, n. 4, p. 953-68, 2022. Disponível em: [https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2022/04000/Best\\_practice\\_guidance\\_and\\_reporting\\_items\\_for\\_the.3.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2022/04000/Best_practice_guidance_and_reporting_items_for_the.3.aspx). Acesso em: 10 fev. 2023.

PETERS, M. D. J. *et al.* Scoping Reviews. AROMATARIS, E. *et al.* editors. **JBIM Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2024. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 29 mar. 2024.

PETERS, M. D. J. *et al.* Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBIM Evid Implement**, v. 19, n. 1, p. 3-10, 2020. Disponível em: [https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2020/10000/Updated\\_methodological\\_guidance\\_for\\_the\\_conduct\\_of.4.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2020/10000/Updated_methodological_guidance_for_the_conduct_of.4.aspx). Acesso em: 10 fev. 2023.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-São Paulo: COREN-SP, 2017, p.11. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.

PIMENTA, C. C. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP; 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2023.

POLLOCK, D. *et al.* Methodological quality, guidance, and tools in scoping reviews: a scoping review protocol. **JBIM Evid Synth**, v. 20, n. 4, p.1098-105, 2022. Disponível em: [https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2022/04000/Methodological\\_quality\\_guidance\\_and\\_tools\\_in.8.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2022/04000/Methodological_quality_guidance_and_tools_in.8.aspx). Acesso em: 15 fev. 2023.

POLLOCK, D. *et al.* Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. **JBIM Evid Synth**, v. 2, n. 3, p. 520-32, 2023. Disponível em: [https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2023/03000/Recommendations\\_for\\_the\\_extraction\\_analysis\\_and.7.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2023/03000/Recommendations_for_the_extraction_analysis_and.7.aspx). Acesso em: 15 fev. 2023.

PÖLZLER, T.; TOMABECHI, T.; HANNIKAINEN, I. R. Broad, subjective, relative: the surprising folk concept of basic needs. **Philosophical studies**, v. 181, n. 1, p. 319-347, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10803385/>. Acesso em: 09 maio 2024.

PONTA GROSSA. Prefeitura municipal de Ponta Grossa. **Protocolo de atenção ao diabetes mellitus na atenção primária à saúde**, 2019. Disponível em:

[https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/protocolo\\_diabetes\\_0.pdf](https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/protocolo_diabetes_0.pdf).

Acesso em: 23 jun. 2023.

POZZADA, Jerusa Pires; SANTOS, Manoel Antônio dos; SANTOS, Daniela Barsotti. Meanings of caring in settings of life and death produced by psychologists working with palliative care in Brazilian National Health System (SUS) about caring in settings of death and dying. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210581, 2021. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vqnsfRpdDhrxPX6tJQmMSWB/?lang=en>. Access in: 25 set. 2025.

PRICE, C. *et al.* Long-term glycaemic outcome of structured nurse-led diabetes care in rural Africa. **QJM**, v. 104, n. 7, p. 571-574, 2011. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21278061/>. Acesso em: 12 jan. 2024.

Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da

QUERIDO, D. L. *et al.* Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, e03522, 2019.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018030103522>. Acesso em: 10 jun. 2023.

RAMOS JUNIOR, Ângelo *et al.* Group educational activities on sexually transmitted infections: converging care research in a mental health unit. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde (REAS)**, v. 11, n. 1, 2022.

RAMOS, N. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 2, p. 112-119, 2020. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2926>. Acesso em: 28 jun. 2023.

RAMOS, S. *et al.* Terapia Nutricional no Pré-Diabetes e no Diabetes Mellitus Tipo 2. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2023. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/terapia-nutricional-no-pre-diabetes-e-no-diabetes-mellitus-tipo-2/#citacao>. Acesso em: 24 maio 2024.

RAVI, S. *et al.* Effect of virtual care in type 2 diabetes management – a systematic umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. **BMC Health Services Research**, v. 25, p. 348, 2025. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12496-0>. Access in: 09 jul. 2025.

REIS, R. C. P. *et al.* Evolution of diabetes in Brazil: prevalence data from the 2013 and 2019 Brazilian National Health Survey. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. Sup 1, p.e00149321, 2022.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4YWtmtvQkgFm3mmQ4f7kxDr/>. Acesso em: 05 jun. 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Protocolo e Diretrizes de Atendimento da Rede Municipal de Saúde Linha de cuidado: Hipertensão e Diabetes**, 2021. Disponível em:

<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-h-01202104.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

RIBEIRO, O. M. *et al.* Exercício profissional dos enfermeiros sustentados nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n.19, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388258241005>. Acesso em: 10 jun. 2023.

RIO DE JANEIRO. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde - Região Metropolitana II**. Secretaria Estadual de Saúde. Rio de Janeiro: Governo, 2016. 270p. Disponível em: <https://novaapsmarica.org/portal/docs/ProtocolofinalII.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

RODRIGUES, J. A. P. *et al.* Use of the International Classification for Nursing Practice in the construction of a care protocol. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, n. 4, e20210488, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0488>. Acesso em: 18 jun. 2023.

RODRIGUES, J. A. P. *et al.* Use of the International Classification for Nursing Practice in the construction of a care protocol. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, e20210488, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0488> Access in: 12 jul. 2025.

RODRIGUES, S. C.; DAMIÃO, G. C. Virtual environment: assistance in nursing care for the deaf based on the protocol of primary care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 4, p. 731-8, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/LngLW7YztDZRG6mscnDZzBx/?lang=en>. Acesso em: 12 jan. 2024.

ROSMAN, Jessica *et al.* Individual goal-based plan based on nursing theory for adults with type 2 diabetes and self-care deficits: a study protocol of a randomised controlled trial. **BMJ open**, v.12, n.3, e053955, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053955>. Access in: 6 jul. 2025.

ROSSO, C. F. W. *et al.* **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. Disponível em: <https://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-CorenGO-Site.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2024.

ROSTIROLLA, L. M.; ADAMY, E. K.; VENDRUSCOLO, C. Tecnologias educacionais para a consulta do enfermeiro: revisão integrativa. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, v. 6, n. 1, p. 81-98, 2022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/125286>. Acesso em: 20 jun. 2023.

ROVIRA, C. *et al.* Person-centred care provided by a multidisciplinary primary care team to improve therapeutic quality in poly medicated elderly patients (PCMR): randomised controlled trial protocol. **BMJ Open**, v. 12, n. 2, e051238, 2022. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/2/e051238.long>. Acesso em: 09 maio 2024.

SÁ, J. S. *et al.* Educational technologies used to promote self-care for people with diabetes mellitus: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, supl. 4, e20230049,

2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0049pt>. Acesso em: 25 feb. 2025.

SALBEGO, C. *et al.* Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. Suppl 6, p. 2666-74, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0753>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 1, e20170262, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3CS9647q8VyMVL69QvTX3kk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SAMPAIO, F. C. *et al.* Profile of nursing diagnoses in people with hypertension and diabetes. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 35, n. 2, p. 139-153, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29767933/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SÁNCHEZ-ROBLES, R.; GEA-LÁZARO, M. L. Intensive dietary advice program in primary care. **Enfermería Clínica**, v. 22, n. 5, p. 269-274, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22959857/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SANTOS, B. P. *et al.* The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 2, p. 566-70, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. SANTOS, E. S. A. **Intervenções de enfermagem na prevenção de úlceras de pé diabético decorrentes do Diabetes Mellitus: revisão integrativa.** 2016. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Bahia, BA, 2016.

SANTOS, M. G. *et al.* Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. **Enferm. Foco**, v. 8, n. 4, p. 49-53, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1032>. Acesso em: 20 maio 2024.

SANTOS, Mayara Góes *et al.* Percepção de adultos com diabetes sobre seus comportamentos em saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 46, e20250034, 2025. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/149574>. Acesso em: 5 jul. 2025.

SCHLOSSER, C. N. *et al.* Consulta de enfermagem para o uso de insulina: construção e validação de cenário de simulação. **Texto Contexto Enferm.**, v. 32, e20230097, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZqYgNZknkDGFxBCf8mNwwtg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2024.

SCHLOSSER, Christian Nelson *et al.* Consulta de enfermagem para o uso de insulina: construção e validação de cenário de simulação. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20230097, 2023.

SEVERINA, I. C. *et al.* Padrão de sexualidade ineficaz de idosos com Diabetes mellitus. **Esc Anna Nery**, v. 26, e20210326, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dYZmCLvBzdf9wZrY9zNwxwz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2024.

SHABAN, M. M. *et al.* Efeito da intervenção de enfermagem digital no conhecimento de comportamentos de autocuidado e na autoeficácia de clientes adultos com diabetes. **BMC Nursing**, v. 23, p. 130, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01787-2>. Acesso em: 02 fev. 2025.

SHANI, M. *et al.* Structured nursing follow-up: Does it help in diabetes care? **Israel Journal of Health Policy Research**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25180073/>. Acesso em: 12 jan. 2024.

SHARMA, V.; FELDMAN, M.; SHARMA, R. Telehealth Technologies in Diabetes Self-management and Education. **Journal of diabetes science and technology**, v. 18, n. 1, p.148-158, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/19322968221093078>. Acesso em: 22 maio 2024.

SILVA, A. K. A. *et al.* Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado de enfermagem das doenças crônicas não transmissíveis: scoping review. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 12, n. 3, p. 4195–4208, 2024. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1705> . Acesso em: 10 out. 2025.

SILVA, Adriana Dias *et al.* Práticas de cuidados em centros de atenção psicossocial: uma pesquisa convergente - assistencial. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 33, p. e20230385, 2024.

SILVA, Aiane Mara da; FERREIRA, Cintia Braghetto. Desafios e construção de conhecimentos por enfermeiros na assistência às pessoas com síndrome pós-covid-19. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20230018, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Db7gzjzd4JX6rqChHP8rZgN/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2025.

SILVA, Ana Karoline Alves *et al.* TEORIAS DE ENFERMAGEM APLICADAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: SCOPING REVIEW. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 12, n. 3, p. 4195–4208, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4195-4208>. Acesso em: 3 jul. 2025.

SILVA, B. A. B. *et al.* CONTRIBUIÇÕES DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA À PRÁTICA DA ENFERMAGEM NO CUIDADO À PESSOA COM FERIDA. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 98, n. 2, p. e024300, 2024. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2122>. Acesso em: 28 set. 2025.

SILVA, Bianca Brandão da; LIMA, Maria Helena de Melo; SAIDEL, Maria Giovana Borges. Cuidados de enfermagem em saúde mental às pessoas com diabetes mellitus: uma revisão integrativa. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. e4073, 2023.

SILVA, H. C. D. A. *et al.* Construction and validation of nursing diagnoses for people with diabetic foot ulcers. **Rev Esc Enferm USP**, v. 56, e20220022, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0022en>. Acesso em: 19 jun. 2023.

SILVA, H. C. D. A. *et al.* ICNP® terminological subset for people with diabetic foot ulcer in primary health care. **Rev Bras Enferm.**, v. 76, n. 5, e20220668, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4tQNHyzDc534v93XF9mVRLH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2024.

SILVA, H. C. D. A. *et al.* Terminologia especializada de enfermagem para a pessoa com úlcera do pé diabético. **Acta Paul Enferm.**, v. 35, eAPE02317, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fKmgSsxmwF3fSztNNWCPr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2024.

SILVA, Halene Cristina Dias de Armada *et al.* Construction and validation of nursing diagnoses for people with diabetic foot ulcers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, e20220022, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0022en>. Access in: 6 jul. 2025.

SILVA, J.; SILVA, J. J.; GONZAGA, M. F. N. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. **Revista Saúde em Foco**, v. 9, p. 594-603, 2017. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/067\\_etapasprocessoenfermagem.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/067_etapasprocessoenfermagem.pdf). Acesso em: 23 maio 2024.

SILVA, P. S. D. *et al.* Grau de risco do pé diabético na atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UFSM**, v. 10, p. 78- 78, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/42614>. Acesso em: 16 jan. 2024.

SILVA, R.; FERREIRA, N. D. Content validation study of nursing interventions intended to prevent cardiovascular events in diabetic patients. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 3, p. 366-368, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27080491/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SILVA, S. O. *et al.* Consulta de enfermagem e diabetes mellitus: tendência da produção científica. **Rev Recien**, v. 11, n. 36, p. 276-288, 2021. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/513>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SILVA, S. O. *et al.* Nursing consultation for people with diabetes mellitus: experience with an active methodology. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 6, p. 3103-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0611>. Acesso em: 24 jun. 2023.

SILVA, Silvana de Oliveira *et al.* Consulta de enfermagem e diabetes: processo educativo e transformador para os cuidados primários de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.33, e4465, 2025. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/234086>. Acesso em: 18 ago. 2025.

SILVA, Silvana de Oliveira *et al.* Nursing consultation and diabetes: an educational and transformative process for primary health care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,

v. 33, e4464, 2025. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7546.4464>. Acesso em: 5 jul. 2025.

SILVA, Simone Oliveira *et al.* Consulta de enfermagem e diabetes mellitus: tendência da produção científica. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 36, p. 276–288, 2021. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/513>. Acesso em: 17 set. 2025.

SILVA, T. F. A. D. *et al.* Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus na atenção básica. **REME**, v. 18, n. 3, p. 710-716, 2014. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n3/v18n3a15.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2024.

SILVEIRA, R. E. *et al.* (Re)structuring attendances of the Hiperdia program in a FHU of interior of Minas Gerais, Brazil. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 52, p. 191-194, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/842/84219781007.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES- SBD. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes - EDIÇÃO 2023 update 1**. São Paulo: Editora Clannad, 2023. Disponível: [https://diretriz.diabetes.org.br/?utm\\_source=google-ads&utm\\_medium=search&gclid=CjwKCAjw44mlBhAQEiwAqP3eVp5RDXluJ4jMOrUImjXWQc1UMjXpzOdmS3jmW0jtP39KnQcD8e4CQBoCSRcQAvD\\_BwE](https://diretriz.diabetes.org.br/?utm_source=google-ads&utm_medium=search&gclid=CjwKCAjw44mlBhAQEiwAqP3eVp5RDXluJ4jMOrUImjXWQc1UMjXpzOdmS3jmW0jtP39KnQcD8e4CQBoCSRcQAvD_BwE). Acesso em: 03 abr. 2023.

SODRÉ, F.; ROCON, P. C. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e210545pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZrzmyP3nDppxmzTRLsNFDKJ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2025.

SOLANO, G. *et al.* Efectos de un protocolo aplicado por enfermeras en el control metabólico a personas con diabetes tipo 2. **Cienc enferm**, v. 19, n. 1, p. 83-93, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000100008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100008). Acesso em: 22 set. 2021.

SOOD, P. D. *et al.* Avaliação do efeito da qualidade dos dados de registros eletrônicos de saúde na identificação de pacientes com diabetes tipo 2: estudo transversal. **JMIR Medical Informatics**, v. 12, e56734, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/56734>. Acesso em: 08 set. 2025.

SOUSA, A. R. *et al.* Management technology for implementing the Systematization of Nursing Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, e20220028, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0028en> Access in: 2 out. 2025.

SOUSA, I. N. M. *et al.* ICNP® nursing diagnostics for people in-home care. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 1, e20190807, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0807>. Acesso em: 19 jun. 2023.

SOUSA, K. M. M. *et al.* Consulta de enfermagem no diabetes mellitus: satisfação dos usuários atendidos na estratégia de saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é**

**Fundamental Online**, v. 13, p. 1323–1328, 2021. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10002>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SOUZA, A. L. V. *et al.* **Consulta de enfermagem no acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária em saúde**. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: 2022. Disponível em: [https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/05/ebook\\_consulta\\_de\\_enfermagem.pdf](https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/05/ebook_consulta_de_enfermagem.pdf). Acesso em: 16 fev. 2024.

SOUZA, Amanda Borges de; SCHULTZ, Glauco; RIVEROS, Jorge Luis Triana. Além das superfícies: uma análise na linha do tempo do conceito da construção social. **Revista Rupestre**, San Pedro de Montes de Oca, v. 15, n. 1, p. 1-18, jun. 2025. Disponível em: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2215-24662025000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-24662025000100001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 7 jul. 2025.

SOUZA, F. T. **Assistência de enfermagem na prevenção de complicações do diabetes mellitus: discursos de enfermeiros da atenção primária**. 2018. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, PB, 2018. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/6894>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SOUZA, J. B. D. *et al.* Consulta de Enfermagem: relato de experiência sobre promoção da saúde de pessoas com Diabetes Mellitus. **Ciênc. cuid. Saúde**, v. 19, p. e48498-e48498, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/48498/751375150345>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SOUZA, Lilian Caroline *et al.* Educação em saúde para pessoas vivendo com HIV em supressão virológica parcial: pesquisa convergente assistencial. **Rev Enferm UFPI**, p. e4249-e4249, 2024.

SOUZA, P. L. **A consulta de enfermagem baseada na entrevista motivacional como estratégia para o controle da diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial na atenção primária à saúde: um ensaio clínico randomizado**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Grupo Hospitalar Conceição, 2019. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/mestradoprofissional/turma%202/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Pamela%20Leites.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SOUZA, Rozemere Cardoso; SANTOS, Josenaide Engracia. **Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família**. Editus, 2014. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ztkxr>. Acesso em: 14 out. 2025.

SOUZA, V. L. *et al.* Impacts of health promotion educational strategies for prevention and control of diabetes mellitus in primary care. **Revista de Salud Publica**, v. 23, n. 5, p. 1-7, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642021000500006&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642021000500006&script=sci_abstract). Acesso em: 13 jan. 2024.

SPAZAPAN, Marta Patrícia *et al.* Processo de Enfermagem na Atenção Básica: percepção de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, e20201109, 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

STEFFEN, P. L. S. *et al.* Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: An RCT. **American journal of preventive medicine**, v. 60, n. 5, p.e203-e212, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.12.015>. Acesso em: 23 maio 2024.

STIVAL, M. M. *et al.* Risco de glicemia instável em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. enferm. UFSM**, v. 12, p. 57-57, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/71452>. Acesso em: 11 jan. 2024.

STRUDWICK, G.; HARDIKER N. R. Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: A case study using the International Classification for Nursing Practice®. **International Journal of Medical Informatics**, v. 94, p. 215-21, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505616301411?via%3Dihub>. Acesso em: 18 jun. 2023.

SUN, J. *et al.* Impact of nurse-led self-management education on type 2 diabetes: a meta-analysis. **Frontiers in Public Health**, v. 13, e1622988, 2025. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1622988>. Access in: 08 aug. 2025.

TAFFNER, V. B. M. *et al.* Nursing Theories and Models as theoretical references for Brazilian theses and dissertations: a bibliometric study. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, n. 4, e20210201, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201>. Acesso em: 30 jun. 2023.

TANG, T. S. *et al.* Do Cultural and Psychosocial Factors Contribute to Type 2 Diabetes Risk? A Look Into Vancouver's South Asian Community. **Canadian journal of diabetes**, v. 44, n. 1, p. 14-21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2019.04.015>. Acesso em: 24 maio 2024.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.44, n.e4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>. Acesso em: 27 jun. 2023.

TEIXEIRA, J. B. C. *et al.* Nursing protocol for children with sickle cell disease in emergency room: a convergent-care approach. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, n. Suppl 2, e20210908, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0908pt>. Acesso em: 17 jun. 2023.

TEIXEIRA, Juliane Batista Costa *et al.* Protocolo de enfermagem à criança com doença falciforme na emergência: uma abordagem convergente-assistencial. **Rev Bras Enferm.**, v.75, Suppl 2, e20210908, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/r7ZFg4RLTYv3yP88KhjPKnM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2025.

TEIXEIRA, W. L. *et al.* Instructional guide to subsidize the nursing consultation in low-risk prenatal care: construction and validation. **Cogitare Enferm.**, v. 28, 2023. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92037>. Acesso em: 18 maio 2024.

TESTON, E. F. **Consulta De Enfermagem Baseada No Autocuidado Apoiado: Benefícios No Manejo E Controle Do Diabetes Mellitus**. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Paraná, PR, 2015. Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/2283>. Acesso em: 13 jan. 2024.

TESTON, E. F. *et al.* Nursing appointment and cardiometabolic control of diabetics: a randomized clinical trial. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 3, p. 468-74, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0352>. Acesso em: 23 jun. 2023.

TOMASI, Elaine *et al.* Indicadores de qualidade da atenção a usuários com diabetes na Atenção Primária à Saúde do Brasil: 2012 e 2018. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.19, n.46, p.1-12, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3678](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3678). Acesso em: 3 jul. 2025.

TONACO, Luís Antônio Batista *et al.* Conhecimento do diagnóstico, tratamento e controle do diabetes mellitus no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.57, n.1, p.1-3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005167>. Acesso em: 2 jul. 2025.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em: 24 maio 2024.

TÔRRES, J. S. S. *et al.* Consulta de enfermagem ao diabético utilizando o Protocolo Staged Diabetes Managemen. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 466-471, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/13784>. Acesso em: 13 jun. 2023.

TOSO, B. R. G. O. *et al.* Práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária na região sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 45, e20230154, 2024. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/139798/91877>. Acesso em: 09 maio 2024.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira *et al.* Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 45, n. 130, p. 666-680, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ShNmkyMzhTVcBDfYYPYgYVF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 out. 2025.

TRENTINI, M. *et al.* Convergent care research and its qualification as scientific research. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 1, e20190657, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yZ9CcTP6mN6VWXpqKdk6f3p/?lang=en>. Acesso em: 19 jun. 2023.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. T. Pequenos grupos: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 63-78, 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. 2ª ed. Florianópolis: UFSC; 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, e1450017, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/X9TWwnJNnhq95tgVqMF8sG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá; 2014.

TRENTINI, Mercedes *et al.* **O método da pesquisa convergente assistencial**. 4. ed. Porto Alegre: Moriá, 2023. 179.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Ann Intern Med**, v. 169, n. 7, p. 467-73, 2018. Disponível em: [https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M18-0850?rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org](https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M18-0850?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org). Acesso em: 15 fev. 2023.

TRINDADE, Leticia de Lima *et al.* Evaluation of professional nursing practice environments in primary health care. **Front Public Health**, v.22, n.12, 1477067, 2025. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11797917/>. Access in: 07 out. 2025.

VAN DIJK-DE VRIES, A. *et al.* Lessons learnt from a cluster-randomised trial evaluating the effectiveness of SelfManagement Support (SMS) delivered by practice nurses in routine diabetes care. **BMJ Open**, v. 5, n. 6, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26112220/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

VAN DIJK-DE VRIES, A. *et al.* Patients' readiness to receive psychosocial care during nurse-led routine diabetes consultations in primary care: A mixed methods study. **Int J Nurs Stud**, v. 63, p. 58-64, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27597730/>. Acesso em: 16 jan. 2024.

VASCONCELOS, Dayane Souza Oliveira; KISS, Catalina. Reflexões Sobre a Usabilidade de Protocolos na Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento do Diabetes Mellitus. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 15, n. 95, p. 15616-15625, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2025v15i95p15616-15625>. Acesso em: 3 jul. 2025.

VELOSO, C. M. *et al.* Práticas coletivas e individuais associadas à dificuldade dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 15, supl. 1, e-202404SUPL1, 2024. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/praticas-coletivas-e-individuais-associadas-a-dificuldade-dos-enfermeiros-da-atencao-primaria-a-saude/> Acesso em: 8 jul. 2025.

VIANA, Angelina Lettiere; LAGO, Luana Pinho de Mesquita; MATUMOTO, Silvia. Implicações de enfermeiras no cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus. In: ABRAHÃO, Ana Lúcia; FORTUNA, Cinira Magali (org.). **Enfermagem e análise institucional: entrelaçamentos no cuidado, gestão e formação**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede

Unida, 2023. p. 86-98. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/11/Livro-Enfermagem-e-analise-institucional.pdf#page=86>. Acesso em: 10 out. 2025.

VIEIRA, T. W. *et al.* Validation methods of nursing care protocols: an integrative review. **Rev Bras Enferm.**, v.7 3, n. Suppl 5, e20200050, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/J6N8kqf8QQDq6t9PpDPCcnP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 09 maio 2024.

VREUGDENHIL, J. *et al.* Reasoning like a doctor or like a nurse? A systematic integrative review. **Frontiers in Medicine**, v. 10, e1017783, 2023. Available from: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1017783>. Access in: 30 sep. 2025.

WAKEFIELD, B. J. *et al.* Nursing interventions in a telemonitoring program. **Telemedicine journal and e-health**, v. 19, n. 3, p. 160-165, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598432/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

WEILER, D. M.; TIRRELL, L. Office nurse educators: Improving diabetes self-management for the Latino population in the clinic setting. **Hispanic Health Care International**, v. 5, n. 1, p. 21-26, 2007. Disponível em: [https://scholarworks.boisestate.edu/nursing\\_facpubs/6/](https://scholarworks.boisestate.edu/nursing_facpubs/6/). Acesso em: 15 jan. 2024.

WERNECK, M. A. F; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009. 84p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2023.

WHITTEMORE, R. *et al.* Promoting lifestyle change in the prevention and management of type 2 diabetes. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 15, n. 8, p. 341-349, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14509099/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

WILSON, Erin C. *et al.* Engagement of nurse practitioners in primary health care in northern British Columbia: a mixed-methods study. **CMAJ open**, v.9, n.1, E288-E294, 2021. Available from: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200075>. Access in: 6 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of diabetes mellitus**. World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325182>. Acesso em: 17 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care**, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334186>. Acesso em: 21 jun. 2023.

XAVIER, S. M. *et al.* Estratégias para promoção da segurança dos usuários diabéticos na estratégia saúde da família. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 19, p. e50319-e50319, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/50319/751375150215>. Acesso em: 15 jan. 2024.

YAN, Man *et al.* Effectiveness of King's Theory of Goal Attainment in Blood Glucose Management for Newly Diagnosed Patients With Type 2 Diabetes: Randomized Controlled Trial. **Journal of medical Internet research**, v.26, e59142, 2024. Available from: <https://doi.org/10.2196/59142>. Access in: 6 jul. 2025.

YE, Z. *et al.* Triglyceride glucose index exacerbates the risk of future cardiovascular disease due to diabetes: evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Survey (CHARLS). **BMC cardiovascular disorders**, v. 22, n. 1, p. 236-244, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02673-y>. Acesso em: 23 maio 2024.

ZACHARIAS, F. C. M. *et al.* Avaliação de estrutura e processo na atenção em Diabetes mellitus. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 2, p. 134-142, 2016. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/118398> Acesso em: 10 out. 2025.

ZAFRA-TANAKA, Jorge Hugo *et al.* Outcomes measured in studies assessing health systems interventions for type 1 diabetes management: A scoping review. **Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association**, v. 41, n. 2, e15223, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1111/dme.15223>. Access in: 10 set. 2025.

ZHANG, Y. *et al.* The effectiveness of lifestyle interventions for diabetes remission on patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. **Worldviews on evidence-based nursing**, v. 20, n. 1, p. 64-78, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12608>. Acesso em: 22 maio 2024.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

<b>Dados de identificação da publicação</b>	
<b>Autor(es)</b>	
<b>Título</b>	
<b>Ano de publicação</b>	
<b>País de origem</b>	
<b>Idioma</b>	
<b>Tipo de fonte</b>	
<b>Objetivo e método</b>	
<b>Objetivo(s)</b>	
<b>Delineamento</b>	
<b>População</b>	
<b>Amostra do estudo</b>	
<b>Resultados</b>	
<b>Uso de terminologia de enfermagem</b>	
<b>Problemas de enfermagem relacionados à pessoa com DM</b>	
<b>Cuidados de enfermagem abordados durante a CE à pessoa DM</b>	
<b>Instrumentos/ferramentas utilizados na CE à pessoa com DM.</b>	
<b>Conclusão</b>	
<b>Conclusão do estudo</b>	

Fonte: Autores (2024).



**APÊNDICE C – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS DA  
APS, SEGUNDO ANÁLISE TEMÁTICA DE BARDIN**

<b>ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS DA APS</b>		
<b>1) Pré-análise</b>		
<b>Unidades de registro</b>	<b>Hipóteses</b>	
-Abordam a CE -Processo de enfermagem -Registro da CE -Necessidades de saúde para o protocolo de CE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A CE ideal é individualizada e abrangente, com foco na promoção da saúde e na qualidade de vida do paciente.</li> <li>• Existem barreiras que impedem a implementação da CE ideal, como falta de tempo, recursos e reconhecimento profissional.</li> <li>• O processo de enfermagem é compreendido pelos enfermeiros, mas sua utilização na prática é limitada.</li> <li>• A informatização do registro da CE é essencial para a qualidade do cuidado e para a comunicação entre os profissionais.</li> <li>• O protocolo de CE deve ser adaptado às necessidades específicas da pessoa com diabetes e à realidade local.</li> </ul>	
<b>2) Exploração do material</b>		
<b>Codificação</b>	<b>Categorização</b>	
Identificar e classificar as unidades de registro de acordo com os temas recorrentes nas falas.	Agrupar as unidades de registro codificadas em categorias e subcategorias, buscando relações e hierarquias entre elas.	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias/Temas</b>	<b>Falas</b>
Consulta de Enfermagem à pessoa com DM na APS: o gap entre o real e o ideal  Processo de Enfermagem: conhecimento e implementação  Registro da CE: possibilidades e dificuldades  Protocolo de CE: das necessidades comprometidas às ações resolutivas	<p>1) Consulta de Enfermagem à pessoa com DM na APS: o gap entre o real e o ideal: -As necessidades e importância da CE -A CE na prática cotidiana -A CE ideal</p> <p>2) Processo de Enfermagem: conhecimento e implementação: -Conhecimento sobre o PE -Barreiras para a implementação do PE -Importância do PE</p> <p>3) Registro da CE: possibilidades e dificuldades: -Métodos de registro da CE -Dificuldades no registro da CE -Importância do registro da CE</p> <p>4) Protocolo de CE: das necessidades comprometidas às ações resolutivas: -Elementos essenciais na CE -Adaptação ao contexto para ações resolutivas</p>	<p>1) Consulta de Enfermagem à pessoa com DM na APS: o gap entre o real e o ideal:  "Sim, a consulta de enfermagem favorece a própria interação do profissional com o cliente" (Enf. 04) "Eu acho importante principalmente para valorizar o trabalho do enfermeiro." (Enf. 02) "Eu acho que ela teria que ser feita de seis em seis meses intercalando com as consultas médicas, né. Pra gente fazer mais um acompanhamento mesmo, né!" (Enf. 01)</p> <p>2) Processo de Enfermagem: conhecimento e implementação:  "Seria abordar aquelas cinco fases. De coleta de dados, avaliação, não vou lembrar de todas agora. Mas o processo seria avaliar o paciente em todas as fases e montar um plano de ação para esse paciente em cima do que ele precisa." (Enf. 01) "Eu vejo que a enfermagem é muito informal, assim, a gente faz, mas não coloca no papel, não... Fica muito ali num bate-papo mesmo, numa coisa mais corriqueira." (Enf. 07) "Assim, ele pode me dar ferramentas de trabalho né, tendo esse processo de enfermagem. Pra eu trabalhar melhor cada paciente individualmente." (Enf. 03)</p> <p>3) Registro da CE: possibilidades e dificuldades:</p>

		<p>"Registro no PEC, no prontuário eletrônico." (Enf. 01)</p> <p>"Eu aqui lanço físico, mas aí quando eu repasso pra coordenação, eu acho que é lançado em sistema!" (Enf. 03)</p> <p>"Eu acho que com o prontuário eletrônico é bem mais prático, a gente tem acesso, consegue ver o acompanhamento do paciente em outras unidades, que às vezes ele é referenciado, então, e às vezes a contrarreferência no físico nós não temos." (Enf. 07)</p> <p>4) Protocolo de CE: das necessidades comprometidas às ações resolutivas:</p> <p>"Eu acho que deveria conter os cuidados com a medicação, orientações de autocuidado que isso muitas vezes não dá tempo do médico fazer e fica sem fazer na verdade." (Enf. 01)</p> <p>"A gente sempre não olhar só pra pessoa, não só pra doença da pessoa, dentro da consulta de enfermagem, mas olhar pra ela como um todo. Eu acho que isso é uma questão de atenção básica também." (Enf. 08)</p> <p>"A gente tem apenas uma nutricionista né, e ela não consegue atender todo o mundo. Acho que não teria nem como. Então eu teria que ser uma orientação para que eles pudessem comer, ou para que eles pudessem evitar, né?" (Enf. 01)</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3) Tratamento dos resultados

#### Categorização Final

1) CE à pessoa com DM na APS: o gap entre o real e o ideal- A CE é uma oportunidade de construir um relacionamento com a pessoa, entender seus anseios e oferecer um cuidado mais humanizado, além de fortalecer o papel do enfermeiro na equipe.

2) PE: conhecimento e implementação- o PE, embora compreendido pelos profissionais, ainda precisa ser sistematizado na prática, permitindo um cuidado mais individualizado e eficaz para cada pessoa.

3) Registro da CE: possibilidades e dificuldades- a informatização do registro da CE é essencial para a comunicação entre os profissionais, o acompanhamento da pessoa e a geração de dados relevantes para a qualidade do cuidado.

4) Protocolo de CE: das necessidades comprometidas às ações resolutivas- a protocolo de CE para pessoas com diabetes precisa considerar suas necessidades, incluindo orientações de autocuidado e uma abordagem holística, adaptando-se à realidade local e seus desafios.

Fonte: Autores (2024).

**APÊNDICE D - TERCEIRO GRUPO DE CONVERGÊNCIA: PRODUTO  
PARCIAL E VALIDAÇÃO COM OS ENFERMEIROS**

**1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (COLETA DE DADOS/INVESTIGAÇÃO):**

**DOMÍNIO I: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS- DIMENSÃO  
PSICOBIOLOGICAS**

**1. TIPO DE CONSULTA**

Programada  Demanda Espontânea  Transferência  Domiciliar  Outra:

\_\_\_\_\_

**2. DADOS PESSOAIS**

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Idade:** \_\_\_ anos

**Sexo:**  Masculino  Feminino  Prefere não informar

**Raça/Cor:**  Branco  Preto  Pardo  Amarelo  Indígena  Prefere não informar

**Estado civil:**  Solteiro  Casado  União estável  Divorciado  Viúvo  Prefere não informar

**3. CONTATO E ENDEREÇO**

**Endereço completo:** \_\_\_\_\_

**Contato telefônico:** \_\_\_\_\_

**4. DADOS SOCIOECONÔMICOS**

**Ocupação/Profissão:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**  Sem escolaridade  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Incompleto  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Incompleto  Ensino Superior Completo  Prefere não informar

**1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (COLETA DE DADOS/INVESTIGAÇÃO):**

**DOMÍNIO I: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS- DIMENSÃO  
PSICOBIOLOGICAS**

**ANAMNESE:**

**1 QUEIXA PRINCIPAL (QP):** \_\_\_\_\_

**2 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:**

**2.1 Tempo de diagnóstico:**  < 1 ano  1 a 5 anos  6 a 10 anos  >10 anos  Não sabe

**2.2 Presença de fatores de risco cardiovascular:**

Fator de Risco	Presente?	Observações / Valores
----------------	-----------	-----------------------

Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> PA $\geq$ 140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivo <input type="checkbox"/> Emergência hipertensiva-PAS $\geq$ 180 e/ou PAD $\geq$ 120mmHg)
Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> LDL $\geq$ 100 mg/dL <input type="checkbox"/> HDL $<$ 40 mg/dL homens e $<$ 50 mg/dL mulheres) <input type="checkbox"/> TG $>$ 150mg/dL
Tabagismo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Fuma atualmente ou há menos de 12 meses <input type="checkbox"/> Fuma atualmente há mais de 12 meses
Obesidade/Circunferência abdominal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> $\geq$ 80cm (mulheres) <input type="checkbox"/> $\geq$ 94cm (homens)
Sedentarismo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não realiza atividade física regular
Histórico familiar de DAC precoce	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parentes de 1º grau $<$ 55 (homem) ou $<$ 65 anos (mulher)
Albuminúria ou proteinúria	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não saber	Avaliação renal alterada
Hemoglobina Glicada (HbA1c) $>$ 7%	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não saber	<input type="checkbox"/> Mau controle glicêmico

### 2.3 Tratamento medicamentoso e adesão:

Medicamento	Dose	Horário	Via de Administração	Paciente sabe usar?	Observações
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### 3 SINTOMAS ATUAIS/INTERCORRÊNCIAS (ÚLTIMA CONSULTA):

Sintoma	Presente?	Observações
Poliúria	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Polidipsia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Polifagia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Perda de peso	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quanto:           kg (últimos meses)
Visão turva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Prurido	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Localização:
Fadiga/cansaço	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Infecções de repetição	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo/frequência:
Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Hiperglicemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Hospitalização recente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### 4 AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA:

Frequência	Horários habituais	Valores informados
<input type="checkbox"/> Não realiza		
<input type="checkbox"/> 1x/dia		
<input type="checkbox"/> 2x/dia		
<input type="checkbox"/> $>$ 2x/dia		

## 5 HISTÓRICO FAMILIAR:

Doença	Presença na família?	Parente acometido
Diabetes <i>mellitus</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
Doença Cardiovascular (DAC)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
Acidente Vascular Encefálico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
Insuficiência Renal Crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
Obesidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
Câncer (Tipo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
Outros (especificar)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	

## 6 ESTILO DE VIDA:

### 6.1 ALIMENTAÇÃO:

#### 6.1.1 Padrão alimentar:

- Regular, com refeições balanceadas  
 Irregular/pula refeições  
 Alimentação rica em carboidratos simples  
 Consome verduras e legumes  
 Consome alimentos por impulso/fome emocional  
 Faz dietas restritivas sem orientação  
 Ingeres líquidos:  < 1 litro/dia  1 a 2 litros/dia  > 2 litros/dia Tipo:  Água  Sucos  Refrigerantes  Outros: \_\_\_\_\_  
 Outra \_\_\_\_\_

#### 6.1.2 Dificuldades com a alimentação:

- Sim  Não  
 Se sim, quais os motivos:  Pessoa que prepara os alimentos  Sem apetite  Não sabe sobre alimentos que podem ser substituídos  Não sabe sobre a quantidade que pode comer  Muitas restrições  Outros motivos: \_\_\_\_\_

#### 6.1.3 Acompanhamento com nutricionista:

- Sim  Não  
 Acompanhamento:  Esporádico  Adesão a dieta prescrita

## 7.1 ATIVIDADE FÍSICA:

### 7.1.1 Realiza atividade física regularmente?

- Sim  Não  Há pouco tempo? \_\_\_\_\_

### 7.1.2 Tipo de atividade praticada:

- Caminhada  Corrida  Bicicleta  Dança  Musculação  Yoga/Pilates  Natação  Outros: \_\_\_\_\_

**7.1.3 Frequência semanal:**

- 1 vez/semana  
 2 a 3 vezes/semana  
 4 a 5 vezes/semana  
 Diariamente

**7.1.4 Duração média por sessão:**

- < 30 minutos  
 30-60 minutos  
 > 60 minutos

**7.1.5 Barreiras para prática (se não pratica):**

- Falta de tempo  Falta de motivação  Problemas de saúde/dor  Falta de apoio  
 Outros: \_\_\_\_\_

**8.1 SONO E REPOUSO:****8.1.1 Qualidade do sono:**

- Boa (Acorda revigorado, sem dificuldades para dormir)  
 Regular (Acorda algumas vezes durante a noite ou demora para adormecer)  
 Ruim (Dificuldades constantes para dormir ou acorda frequentemente durante a noite)  
 Muito ruim (Insônia ou outros distúrbios graves do sono)

**8.1.2 Uso de medicamentos para dormir:**

- Sim Quais medicamentos? \_\_\_\_\_  
 Não  
 Uso ocasional de medicamentos sem prescrição

**9.1 TABAGISMO:****9.1.1 Fuma atualmente?  Sim  Não**

Se sim, qual o tipo?  Cigarro filtro/industrializado  Cigarro de palha/artesanal   
 Cigarro eletrônico  Outro: \_\_\_\_\_

**9.1.2 Carga tabágica (cigarros/dia)?**

- Menos de 5  5 a 10  11 a 20  Mais de 20

**9.1.3 Há quanto tempo você fuma?**

- < 1 ano  1 a 5 anos  6 a 10 anos  > 10 anos

**9.1.4 Já tentou parar de fumar?**

- Sim  Não

Se sim, recebeu acompanhamento?  Não  Sim, qual?  Medicação  Grupo de apoio  Outro \_\_\_\_\_

**9.1.5 Você tem interesse em parar de fumar?**

- Sim  Não  Talvez

**9.1.6 Quais foram as dificuldades encontradas nas tentativas de cessação?**

- Vontade de fumar / compulsão  Estresse / ansiedade  Ganho de peso  Falta de apoio  Outros (especificar): \_\_\_\_\_

## 10.1 USO DE ÁLCOOL:

### 10.1.1 Consome bebidas alcoólicas?

Sim  Não

### 10.1.2 Frequência de consumo:

Diariamente  3 a 4 vezes por semana  1 a 2 vezes por semana  Menos de uma vez por semana  Somente em eventos sociais

## 11 AUTOUIDADO:

Domínio de autocuidado	Descrição da Atividade	Avaliação
<b>Alimentação</b>	Alimentar de forma segura: mastigar, engolir, manusear utensílios, cortar alimentos e levar à boca.	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente <input type="checkbox"/> Dependente
<b>Vestuário</b>	Colocar e tirar roupas, escolher, pegar e guardar roupas, vestir-se de forma adequada.	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente <input type="checkbox"/> Dependente
<b>Higiene pessoal</b>	Lavar o corpo ou partes do corpo, utilizar itens de higiene, secar-se, acessar o banheiro com segurança. Realizar escovação dentária e limpeza da cavidade oral ou próteses, manusear escova e creme, acessar o banheiro. Realizar necessidades urinárias e evacuatórias em vaso sanitário, realizar higiene íntima, dar descarga, acessar o banheiro adequadamente.	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente <input type="checkbox"/> Dependente
<b>Atividades do autocuidado em Diabetes</b>	Administrar os medicamentos; automonitorar a glicemia; usar transporte; realizar compras; controlar o dinheiro.	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente <input type="checkbox"/> Dependente
<b>Deambulação e mobilidade</b>	Locomover de forma segura dentro e fora de casa, com ou sem dispositivos auxiliares.	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente <input type="checkbox"/> Dependente

## 12 VACINAÇÃO:

### 12.1 Avaliação da caderneta vacinal:

- Caderneta vacinal apresentada e avaliada  
 Histórico vacinal completo registrado no prontuário  
 Necessidade de atualização identificada

### 12.2 Vacinas recomendadas:

- Influenza (gripe)**- Verificar se recebeu **1 dose anual**  
 **Pneumocócica 23V (VPP23)**- Verificar se esquema está completo (1ª dose após VPC13 e 2ª dose após 5 anos)  
 **Hepatite B**- Verificar esquema de 3 doses (0, 1 e 6 meses)  
 **Difteria e tétano (dT)**- Reforço a cada 10 anos

**COVID-19-** Verificar esquema completo e doses de reforço conforme cronograma do Programa Nacional de Imunização

**Febre amarela-** 1 dose a partir dos 60 anos **somente com avaliação individual.**

**Outra:** \_\_\_\_\_

### 13 VIDA SEXUAL:

#### 13.1 Tem vida sexual ativa?

Sim  Não

#### 13.2 Queixas ou alterações na vida sexual:

Disfunção erétil  Redução da libido  Dor ou desconforto durante a relação sexual

Corrimento, prurido ou odor genital  Outra: \_\_\_\_\_

### 14 EXAMES LABORATORIAIS:

Exames	Data da coleta	Resultado
Glicemia de Jejum		
HbA1C		
Colesterol Total		
LDL		
HDL		
Triglicérides		
Creatinina		
Relação Albumina/Creatinina ou microalbuminúria		
TSH		
Urina 1		
Outro		

### 15 USO DE INSULINA:

**\*Item exclusivo para os pacientes em insulinização**

Insulinização	
Início de tratamento com insulina:	____/____/____
Autoaplicação da insulina:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se não, quem aplica:
Dificuldades para autoaplicação:	<input type="checkbox"/> Diminuição da acuidade visual <input type="checkbox"/> Não sabe a técnica <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Baixa cognição <input type="checkbox"/> Não aceitação do uso
Dose inicial e tipo de insulina prescrita:	
Faz uso de:	<input type="checkbox"/> Seringa de 50 UI <input type="checkbox"/> Seringa de 100 UI <input type="checkbox"/> Caneta descartável <input type="checkbox"/> Caneta recarregável
Houve orientação sobre os tipos de insulina (rápida, NPH)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Houve demonstração da técnica de aplicação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: <input type="checkbox"/> Lavar as mãos <input type="checkbox"/> Preparar a insulina <input type="checkbox"/> Locais de aplicação <input type="checkbox"/> Rodízio dos locais (pedir para demonstrar)
Houve orientação sobre armazenamento adequado da insulina?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Houve explicação sobre sinais e sintomas de hipoglicemia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Houve explicação de como agir em caso de hipoglicemia leve/moderada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Houve orientação sobre a importância da alimentação e atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Foi fornecido insumo (agulhas, seringas, canetas)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Descarte dos insumos (seringas, agulhas e lancetas):	<input type="checkbox"/> Caixa perfurocortante <input type="checkbox"/> Embalagem rígida <input type="checkbox"/> Outros:
Presença de lipodistrofia:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, local:

## 1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (COLETA DE DADOS/INVESTIGAÇÃO):

### DOMÍNIO II: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS- DIMENSÃO PSICOSSOCIAIS

#### ASPECTOS PSICOSSOCIAIS:

#### 1 ESTADO EMOCIONAL/ESTRESSE:

##### 1.1 Como você tem se sentido emocionalmente nos últimos dias?

Muito feliz  Bem  Nervoso, irritado  Triste, desanimado  Ansioso  Depressivo

##### 1.2 Você já foi diagnosticado com algum transtorno emocional (ansiedade, depressão)?

Sim  Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

##### 1.3 Você já recebeu ou está recebendo tratamento para esses transtornos emocionais?

Sim  Não

Se sim, qual tratamento? \_\_\_\_\_

##### 1.4 Como o seu estado emocional influencia no seu controle do diabetes?

Atrapalha o controle glicêmico  Não tem influência  Não sei

#### 2 SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR:

##### 2.1 Você tem o apoio de familiares, amigos ou cuidador no cuidado com seu diabetes?

Sim  Não

Se sim, de quem?  Cônjuge/Parceiro(a)  Filhos  Pais  Amigos  Não tenho ajuda

Outro \_\_\_\_\_

##### 2.2 Como seus familiares ou amigos te ajudam no controle do diabetes?

Acompanhamento nas consultas médicas  Ajudando com a alimentação saudável  Incentivando a prática de atividade física  Monitoramento da glicemia  Outro:

\_\_\_\_\_

### 3. ATIVIDADES DE LAZER E CONVÍVIO SOCIAL:

#### 3.1 Participação em atividades de lazer:

Sim  Não

Se sim, qual a frequência?  Diariamente  Semanalmente  Raramente

Se não, por que?  Fadiga  Preocupações com glicemia  Falta de tempo  Preconceito

### 4. IMPACTO DO DIABETES NA VIDA SOCIAL, PROFISSIONAL E FAMILIAR:

#### 4.1 Impacto no trabalho:

Sim  Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

#### 4.2 Impacto no convívio familiar

Sim  Não

#### 4.3 Impacto na vida social

Sim  Não

### 5 CONTEXTO SOCIOECONÔMICO

#### 5.1 Situação de moradia:

Própria  Alugada  Vulnerabilidade (sem moradia fixa ou risco de perder a moradia)

#### 5.2 Acesso a serviços de saúde:

Apenas serviços públicos  Serviços privados  Ambos  Nenhum acesso

#### 5.3 Dificuldade financeira para tratamento:

Sim  Não  Às vezes

#### 5.4 Dificuldade em adquirir alimentos saudáveis:

Sim  Não  Às vezes

#### 5.5 Acesso a transporte para consultas/exames:

Sim  Não  Às vezes

### 1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (COLETA DE DADOS/INVESTIGAÇÃO):

#### DOMÍNIO III: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS- DIMENSÃO PSICOESPIRITUAL

#### ASPECTOS CULTURAIS E ESPIRITUAIS:

##### 1 Religiosidade e/ou Espiritualidade:

**1.1 Você segue alguma religião ou prática espiritual?**

Sim  Não

**1.2 Como essas práticas religiosas ou espirituais influenciam seu bem-estar e saúde?**

Sentimento de paz e conforto  Aumento da força emocional para lidar com a doença  
 Apoio na adesão ao tratamento  Outro \_\_\_\_\_

**1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (COLETA DE DADOS/INVESTIGAÇÃO):**

**DOMÍNIO IV: CONHECIMENTO, PERCEPÇÃO E NECESSIDADES  
RELACIONADAS AO DIABETES**

**AValiação DO CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE O DIABETES  
MELLITUS:**

<b>Aspecto avaliado</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Respostas/Observações</b>
<b>Nível de conhecimento</b>	<b>O que você sabe sobre o diabetes?</b>	<input type="checkbox"/> Entende o que é o diabetes <input type="checkbox"/> Tem alguma ideia do que pode causar a doença (complicações) <input type="checkbox"/> Sabe identificar sinais de hipoglicemia e hiperglicemia <input type="checkbox"/> Não sabe identificar sinais de complicações <input type="checkbox"/> Não sabe
	<b>Como você acredita que o diabetes afeta o seu corpo e a sua saúde?</b>	<input type="checkbox"/> Sabe os efeitos do diabetes a longo prazo (complicações) <input type="checkbox"/> Não sabe muito sobre as consequências do diabetes
<b>Conhecimento sobre tratamento</b>	<b>Você sabe como controlar o diabetes?</b>	<input type="checkbox"/> Sabe o uso correto de medicamentos <input type="checkbox"/> Não sabe os detalhes do tratamento
	<b>Você entende como a alimentação e o exercício físico podem ajudar no controle do diabetes?</b>	<input type="checkbox"/> Tem conhecimento sobre dieta e atividade física recomendadas para o controle glicêmico <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Compreensão sobre automonitorização</b>	<b>Você sabe como monitorar sua glicemia corretamente?</b>	<input type="checkbox"/> Sabe a técnica correta de automonitorização <input type="checkbox"/> Não sabe ou tem dúvidas sobre o procedimento
<b>Adesão ao tratamento e autocuidado</b>	<b>Você se sente capaz de seguir o tratamento recomendado (medicação, dieta, exercícios)?</b>	<input type="checkbox"/> Se sente capaz de seguir o tratamento <input type="checkbox"/> Tem dificuldades para seguir as orientações ou não sabe por onde começar
	<b>Você tem dúvidas sobre como fazer o controle da glicemia, os horários e as doses dos medicamentos?</b>	<input type="checkbox"/> Não tem dúvidas sobre medicação e horários <input type="checkbox"/> Tem dúvidas ou dificuldade em seguir as orientações do tratamento

**1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (COLETA DE DADOS/INVESTIGAÇÃO):****DOMÍNIO V: AVALIAÇÃO CLÍNICA SISTEMATIZADA DAS  
NECESSIDADES DE SAÚDE****EXAME FÍSICO****GERAL:****1. Estado geral:**

Bom  Regular  Ruim Observações: \_\_\_\_\_

**2. Nível de consciência:**

Alerta  Sonolento  Confuso  Inconsciente

**3. Orientação (tempo, espaço, pessoa):**

Orientado  Parcialmente orientado  Desorientado

**4. Comunicação verbal:**

Clara  Dificultada  Ausente  Comprometida (especificar): \_\_\_\_\_

**5. Higiene pessoal e aparência:**

Adequada  Inadequada Observações: \_\_\_\_\_

**6. Postura e mobilidade:**

Deambulando sem auxílio  Com auxílio  Acamado

**SINAIS VITAIS:**

Parâmetro	Valor
Pressão arterial (braço direito)	mmHg
Pressão arterial (braço esquerdo)	mmHg
Frequência Cardíaca (FC)	bpm
Frequência Respiratória (FR)	irpm
Temperatura corporal	°C
Saturação de Oxigênio	%

**ANTROPOMETRIA:**

Parâmetro	Valor	Classificação	Observações
Peso	Kg	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidade	
Ganho/perda de peso no último ano: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quanto: Kg			
Altura	m		
IMC	kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Menor que 18,5- Abaixo do peso <input type="checkbox"/> Entre 18,5 e 24,9- Normal <input type="checkbox"/> Entre 25 e 29,9- Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidade- Igual ou acima de 30	
Circunferência abdominal	cm	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentada ≤ 80cm (mulher) ≤ 94cm (homem)	<input type="checkbox"/> RCV

**CABEÇA E PESCOÇO:**

Aspecto Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações Clínicas
<b>Couro cabeludo e cabelos</b>	( )	( )	( ) Afinação capilar ( ) Queda localizada ( ) Lesões ou infecções
<b>Olhos</b>	( )	( )	( ) Visão turva ( ) Secreções ( ) <b>Sinais de retinopatia</b>
<b>*Avaliação oftalmológica:</b>	( ) Não ( ) Sim. Se sim, data: ___/___/___		
<b>*Exame de fundo de olho:</b>	( ) Não ( ) Sim. Se sim, data: ___/___/___		
<b>Conjuntivas</b>	( )	( )	( ) Hiperemia ( ) Ressecamento ( ) Hipocorada ( ) Secreção
<b>Ouvidos</b>	( )	( )	( ) Audição diminuída ( ) Sinais de infecção, secreção
<b>Cavidade oral</b>	( )	( )	( ) <b>Hálito cetônico</b> ( ) xerostomia ( ) Candidíase oral ( ) Gengivite ( ) Lesões na mucosa ( ) Estado dentário deficiente ( ) Uso de prótese
<b>*Consulta/Exame odontológico:</b>	( ) Não ( ) Sim. Data da última vez: ___/___/___		
<b>Língua</b>	( )	( )	( ) Desidratação ( ) Presença de saburra ( ) Presença infecção fúngica
<b>Pescoço</b>	( )	( )	( ) Assimétrico ( ) Com limitação ( ) Presença de linfonomegalia ( ) Dor à palpação ( ) Aumento de volume ( ) Nódulos ( ) Alterações de mobilidade (tireoide)

**PELE E MUCOSAS:**

Aspecto Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações Clínicas
<b>Coloração da pele</b>	( )	( )	( ) Palidez ( ) Cianose ( ) Rubor ( ) Hiperpigmentação
<b>Hidratação da pele</b>	( )	( )	( ) Ressecamento ( ) Descamação ( ) Áspera ( ) Craquelada
<b>Integridade da pele</b>	( )	( )	( ) Presença de lesões/úlceras ( ) Escoriações ( ) Xantomas ( ) Acantose nigricans ( ) Eczema ( ) Lipoatrofias ( ) hipo/hipertrofia
<b>Temperatura da pele</b>	( )	( )	( ) Fria ( ) Quente
<b>Turgor</b>	( )	( )	( ) Diminuído ( ) Edema
<b>Presença de micoses/ infecções</b>	( )	( )	( ) Intertrigo ( ) Candidíase ( ) Onicomicose ( ) Foliculite
<b>Cicatrização de lesões</b>	( )	( )	( ) Sinais de infecção local Outro _____

**APARELHO CARDIOPULMONAR:**

Item Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações
Ritmo Cardíaco	( )	( )	( ) Irregular
Bulhas Cardíacas	( )	( )	( ) Sopros ( ) Abafadas
Perfusão periférica	( )	( )	( ) Diminuída/ preenchimento capilar <2 segundos
Expansibilidade torácica	( )	( )	( ) Assimétrica
Ruídos respiratórios	( )	( )	( ) Ruídos adventícios (crepitações, sibilos)
Sinais de esforço respiratório	( )	( )	( ) Presente (tiragem, batimentos de asa nasal, musculatura acessória)
Tosse	( )	( )	( ) Produtiva ( ) Seca
Dispneia	( )	( )	( ) Aos esforços ( ) Em repouso

**ABDOME:**

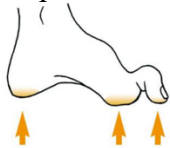
Item Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações
Aparelho gastrointestinal	( )	( )	( ) Constipação ( ) Diarreia ( ) Retardo no esvaziamento gástrico ( ) Empachamento
Inspeção abdominal	( )	( )	( ) Cicatrizes ( ) Abaulamentos ( ) Lesões
Presença de ruídos hidroaéreos	( )	( )	( ) Aumentados ( ) Diminuídos ( ) Ausentes
Palpação superficial e profunda	( )	( )	( ) Dor ( ) Massas ( ) Rigidez/ defesa
Presença de dor à palpação	( )	( )	Localização: Tipo: Intensidade:
Percussão abdominal	( )	( )	( ) Timpanismo anormal ( ) Macicez anormal
Aparelho geniturinário	( )	( )	( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Infecções recorrentes ( ) Jato urinário fraco ( ) Tenesmo vesical ( ) Vulvovaginites (candidíase)

**PÉS:****Avaliação dermatológica**

Item Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações
Inspeção da pele e unhas	( )	( )	( ) Ressecada ( ) Fissuras ( ) Calosidades ( ) Bolhas ( ) Deformidades ( ) Unhas espessadas ( ) Corte de unha inadequado ( ) Lesões/feridas/úlceras ( ) Brilhante ( ) Fina ( ) Necrose
Coloração e temperatura da pele	( )	( )	( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Dermatite ocre ( ) Fria ( ) Quente
Espaço interdigital	( )	( )	( ) Lesões esfoliativas ( ) Maceração ( ) Hiperemia
Pilificação	( )	( )	( ) Diminuída ( ) Ausente
Número de pododáctilo	( )	( )	Especificar _____

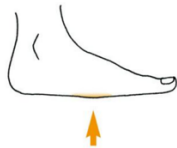
## Deformidade óssea

Pé neuropático  
tipo cavus



Sim  Não

Pé de charcot  
(arco desabado)



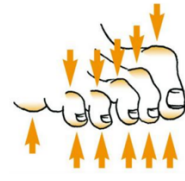
Sim  Não

Valgismo



Sim  Não

Dedos em garra



Sim  Não

Fonte: IWGDF, 2023.

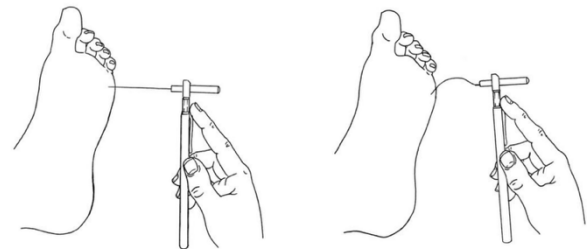
## Avaliação da sensibilidade protetora

### Método com monofilamento Semmes-Weinstein 10g

Locais que devem ser testados  
(Halux, 1° e 5° metatarsos)



Método adequado de uso do  
monofilamento Semmes-Weinstein 10g



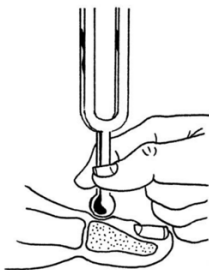
Fonte: IWGDF, 2023.

Perda de Sensibilidade Protetora (PSP)- pelo menos um ponto sem sensibilidade:

Sim  Não

## Avaliação da sensibilidade vibratória

### Método com diapasão de 128 Hz



- Presente pé direito e esquerdo
- Ausente ou diminuído à direita
- Ausente ou diminuído à esquerda

Fonte: IWGDF, 2023.

### Avaliação de dor neuropática

#### 1 Localização da dor:

Pé bilateral  Pé unilateral \_\_\_\_  Perna bilateral  Perna unilateral \_\_\_\_

#### 2. Sintomas neuropáticos:

Queimação  Dormência  Formigamento  Dor (pontada, agulhada, facada, alodínia) (  
 Alteração da percepção de temperatura  Fadiga  Câimbras

#### 3. Características da dor:

Piora noturna  Piora diurna  Diurna e noturna  Melhora ao caminhar  Piora ao caminhar  Melhora com a elevação do membro  Melhora com a descida do membro

4. Intensidade da dor (escala visual analógica numérica): \_\_\_\_\_

### Avaliação arterial

#### Pé direito:

Pulso arterial pedioso:  Presente  Diminuído  Ausente

Pulso arterial tibial:  Presente  Diminuído  Ausente

#### Pé esquerdo:

Pulso arterial pedioso:  Presente  Diminuído  Ausente

Pulso arterial tibial:  Presente  Diminuído  Ausente

#### Úlceras:

Histórico de úlceras:  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_

Úlcera ativa:  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_

História de amputação:  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_

Fatores de risco para DAP:  Idade > 40 anos  Diabetes *Mellitus* > 10 anos   
Hipertensão  Hiperlipidemia  Doença Aterosclerótica  Nefropatia  Retinopatia  
 Tabagismo  Sedentarismo  Excesso de peso  Mau controle glicêmico  Cuidado  
inadequado com os pés (higiene, calçados)

Teste de Buerger (paciente deitado, perna elevada à 45°):  Positivo  Negativo

#### Índice Tornozelo-Braço (ITB):

Normal (Entre 0,9 e 1,3 seg)  Alterado (<0,9 seg- sugestivo de DAP)

\*Normal: não descartar DAP em pessoas com DM de longa data e/ou em diálise se a avaliação global for sugestiva.

### Sistema de estratificação de risco e frequência de triagem de pé

Categoria	Risco	Características	Frequência
0	Muito Baixo	Sem LOPS e sem sinais de PAD	Anual
1	Baixo	LOPS ou PAD	Uma vez a cada 6-12 meses
2	Moderado	LOPS + PAD ou LOPS + deformidade do pé ou DAP + deformidade do pé	Uma vez a cada 3-6 meses

3	Alto	LOPS ou PAD e um ou mais dos seguintes: história de úlcera no pé, amputação de membro inferior e doença renal terminal	Uma vez a cada 1-3 meses
---	------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Nota: LOPS = Perda da Sensação Protetora; DAP = Doença Arterial Periférica;

Fonte: IWGDF, 2023

## 2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), que organiza as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, estão apresentados os principais diagnósticos de enfermagem voltados à pessoa com DM na APS de forma abrangente, com uma documentação detalhada e padronizada, o que facilita a comunicação e a continuidade do cuidado.

### NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Diagnóstico de Enfermagem	Foco	Julgamento	Código CIPE®
<b>Glicemia</b>			
Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais	Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais (DC)	Presente	10033685
Hiperglicemia	Glicemia	Aumentada	10027550
Hipoglicemia	Glicemia	Diminuída	10027566
<b>Hidratação/Eliminação</b>			
Desidratação	Desidratação	Presente	10041876
Função Renal, Prejudicada	Função Renal, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10023169
<b>Terapêutica/Adesão</b>			
Não Adesão ao Regime medicamentoso	Não Adesão ao Regime medicamentoso	Presente	10025189
Conhecimento sobre Regime Medicamentoso	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso	Insuficiente	10021918
Problema com Aquisição de Medicação	Problema com Aquisição de Medicação (DC)	Presente	10043074
<b>Alimentação</b>			
Conhecimento sobre Regime Dietético	Conhecimento sobre Regime Dietético	Insuficiente	10021902
Adesão ao Regime Dietético	Adesão ao Regime Dietético	Prejudicada	10030312
Obesidade	Obesidade	Presente	10013457
Sobrepeso	Sobrepeso	Presente	10013899
<b>Gastrointestinal</b>			

Função do Sistema Gastrointestinal, Prejudicada	Função do Sistema Gastrointestinal, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10022931
<b>Neurosensorial</b>			
Percepção Tátil, Prejudicada	Percepção Tátil, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10022619
Dor	Dor	Presente	10013950
Visão, Prejudicada	Visão, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10022748
Sono, Prejudicado	Sono, Prejudicado	Prejudicado	10012929
<b>Mobilidade</b>			
Mobilidade, Prejudicada	Mobilidade, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10001219
Risco de Queda	Risco de Queda	Risco	10015122
<b>Pele/ Pés</b>			
Integridade da Pele, Prejudicada	Integridade da Pele, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10001290
Risco de Úlcera de Pé Diabético	Risco de Úlcera de Pé Diabético (DC)	Risco	10042666
Úlcera de Pé Diabético	Úlcera de Pé Diabético	Presente	10042650
<b>Respiratório</b>			
Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	Função do Sistema Respiratório, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10023362
<b>Cardiovascular</b>			
Função Cardíaca, Prejudicada	Função Cardíaca, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10037305
Pressão Arterial, Alterada	Pressão Arterial, Alterada (DC)	Alterada	10022954
Perfusão Tissular Periférica, Prejudicada	Perfusão Tissular Periférica, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10044239
Edema Periférico	Edema Periférico	Presente	10027476
<b>Psicológico/emocional/comportamental</b>			
Fadiga	Fadiga	Presente	10007717
Estresse	Estresse	Presente	10018888
Aceitação da Condição de Saúde, Prejudicada	Aceitação da Condição de Saúde, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10029480
Processo de Enfrentamento, Prejudicado	Processo de Enfrentamento, Prejudicado	Prejudicado	10012647
<b>Exercício Físico</b>			
Adesão ao Regime de Exercício Físico	Adesão ao Regime de Exercício Físico	Prejudicado	10030320
<b>Estilo de vida/Comportamento de saúde</b>			
Abuso de Tabaco (ou de Fumo)	Abuso de Tabaco (ou de Fumo)	Presente	10019766
Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	Presente	10002137

Condição Oral (ou Bucal), Prejudicada	Condição Oral (ou Bucal), Prejudicada (DC)	Prejudicada	10051419
Não Adesão ao Regime de Imunização	Não Adesão ao Regime de Imunização	Presente	10032178
<b>Sexualidade</b>			
Desempenho Sexual, Prejudicado	Desempenho Sexual, Prejudicado (DC)	Prejudicado	10001288
<b>Socioeconômico</b>			
Problema Habitacional	Problema Habitacional	Presente	10029904
Problema Financeiro	Problema Financeiro	Presente	10029860
<b>Cognitiva/educacional</b>			
Cognição, Prejudicada	Cognição, Prejudicada	Prejudicada	10012610
Problema de Literacia	Problema de Literacia (DC)	Presente	10022559

### NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Foco</b>	<b>Julgamento</b>	<b>Código CIPE®</b>
<b>Familiar/Social</b>			
Falta de Apoio Social	Falta de Apoio Social (DC)	Presente	10022753

### NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Foco</b>	<b>Julgamento</b>	<b>Código CIPE®</b>
<b>Espiritualidade/Religiosidade</b>			
Crença Espiritual, Conflituosa	Crença Espiritual, Conflituosa (DC)	Presente	10022769
Crença Religiosa, Conflituosa	Crença Religiosa, Conflituosa (DC)	Presente	10021757

### 3. PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM:

Nesta etapa, são estabelecidas as metas de cuidado realistas e alcançáveis, em conjunto com a pessoa com DM; planejadas as intervenções de enfermagem, com base nos diagnósticos de enfermagem, nas necessidades identificadas e nos princípios da TNH de Horta. O planejamento é individualizado, considerando as características e necessidades da pessoa com DM.

## NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados e Intervenções	
Glicemia		
	Resultado esperado	Intervenção
Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais	Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmar o controle glicêmico.</li> <li>- Orientar sobre a importância do AMGC em domicílio ou na unidade de saúde.</li> <li>- Orientar sobre o uso correto do glicosímetro.</li> <li>- Verificar resultados de AMGC.</li> <li>- Orientar/Reforçar as metas glicêmicas (pré-prandial, pós-prandial e ao dormir).</li> <li><b>*Metas: GC em jejum entre 80-130 mg/dL; GC 2 h após o início das refeições &lt; 180 mg/dL; GC ao deitar entre 90-150mg/dL.</b></li> <li>- Orientar sobre sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.</li> <li>- Verificar adesão ao tratamento (dieta, exercícios físicos, medicação).</li> <li>- Realizar educação em saúde acerca do diabetes e comportamentos para manter o controle e autocuidado.</li> <li>- Encaminhar para nutricionista, educador físico e médico, conforme avaliação clínica e de risco.</li> <li><b>*Recomendada a meta de HbA1c &lt; 7,0% para todos os indivíduos com diabetes, para prevenção de complicações microvasculares, desde que não incorra em hipoglicemias graves e frequentes.</b></li> <li><b>*Recomendado que idosos com DM, função cognitiva e status funcional preservados e/ou comorbidades não limitantes tenham alvos de HbA1c entre 7,0 e 7,5%.</b></li> <li><b>*Em idosos com DM, com objetivo de evitar hipoglicemia, uma meta de HbA1c &lt; 8,0% deve ser considerada quando houver status funcional comprometido, síndrome de fragilidade, presença de comorbidades que limitem a expectativa de vida e/ou alteração da função cognitiva.</b></li> </ul>
Hiperglicemia	Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais	<p><b>Hiperglicemia aguda/grave:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar sinais/sintomas de gravidade como náuseas, vômitos, dor abdominal, desidratação, hálito cetônico, taquipneia, hipotensão, alterações do nível de consciência.</li> <li>- Monitorar a glicemia capilar.</li> <li>- Reforçar a hidratação hídrica.</li> <li>- Administrar insulina, de acordo com ajuste da prescrição.</li> <li>- Encaminhar para serviço de urgência, caso necessário.</li> </ul>

		<p><b>Hiperglicemia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar se assintomático ou sintomático (boca seca, sede excessiva, poliúria, enurese; emagrecimento, náusea, dor abdominal, desidratação, fadiga, fraqueza, sonolência e visão turva).</li> <li>- Avaliar presença/intensidade de sintomas, se necessário encaminhar para avaliação médica.</li> <li>- Verificar resultados de AMGC.</li> <li>- Orientar sobre o uso correto do glicosímetro.</li> <li>- Orientar/Reforçar as metas glicêmicas (pré-prandial, pós-prandial e ao dormir).</li> <li>- Orientar sobre a importância do AMGC em domicílio ou na unidade de saúde.</li> <li>- Identificar as causas/fatores precursores da hiperglicemia.</li> <li>- Orientar/Reforçar comportamentos para manter o controle e autocuidado para prevenção da hiperglicemia: acompanhamento, exames periódico e adesão ao tratamento.</li> <li>- Rastrear as complicações crônicas.</li> <li>- Encaminhar para profissionais de apoio, conforme avaliação clínica e de risco.</li> </ul>
Hipoglicemia	Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais	<p><b>Hipoglicemia (GC &lt; 70 e &lt; 54 mg/dl)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar sinais como tonturas, alterações do nível de consciência e impossibilidade de ingestão via oral.</li> <li>- Verificar resultados de AMGC.</li> <li>- Se necessário, encaminhar para avaliação médica imediata.</li> <li>- Gerenciar hipoglicemia.</li> </ul> <p>*Ingerir fonte de carboidrato de rápida absorção e em caso de rebaixamento do nível de consciência, colocar a pessoa em posição de conforto, lateralizar a cabeça e se possível, esfregar 15 a 30 gramas de açúcar ou mel na face interna da bochecha, enquanto aguarda o serviço de emergência.</p>
<b>Hidratação/Eliminação</b>		
Desidratação	Hidratação adequada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar glicemia capilar.</li> <li>- Orientar sobre a importância do AMGC no domicílio.</li> <li>- Avaliar Sinais Vitais: PA, FC, FR e temperatura.</li> <li>- Avaliar e acompanhar sinais e sintomas: mucosas orais e língua, turgor cutâneo, globo ocular, perfusão tissular, sede intensa, poliúria, redução do débito urinário (em fases mais avançadas), fraqueza, fadiga, letargia, tontura, câibras musculares, cefaleia, alterações do nível de consciência ou confusão mental.</li> <li>- Identificar as causas desencadeantes da desidratação (vômito, diarreia, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar, febre, medicamentos-diuréticos).</li> <li>- Orientar sobre ingestão hídrica, sobre reposição rápida de líquidos via oral.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre dificuldade de acesso a líquidos ou deglutição.</li> <li>- Orientar a procura do serviço de saúde, se não houver melhora da clínica.</li> </ul>
Função Renal, Prejudicada	Função renal eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar função Renal: TFGe, Albuminúria; Controle Glicêmico e Pressórico: HbA1c, PA e anemia.</li> <li>- Verificar sinais/sintomas de disfunção renal: edema, fadiga, alterações urinárias.</li> <li>- Identificar fatores de piora da função renal, como medicações nefrotóxicas.</li> <li>- Orientar e reforçar hábitos de vida, dieta (sódio, proteína, fósforo, potássio, lipídio), hidratação, tabagismo.</li> <li>- Reforçar metas de controle intensivo de glicemia e PA.</li> <li>- Garantir o acesso à informação e a continuidade do cuidado.</li> <li>- Encaminhar para tratamento especializado, se necessário.</li> </ul>
<b>Terapêutica/Adesão</b>		
<p>Não Adesão ao Regime medicamentoso</p> <p>Conhecimento sobre Regime Medicamentoso</p> <p>Problema com Aquisição de Medicação</p>	<p>Adesão ao regime medicamentoso</p> <p>Conhecimento sobre Regime Medicamentoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar causas/barreiras: esquecimento, efeitos colaterais, custo, crenças, dificuldades de compreensão, rotina (socioeconômicas, culturais, cognitivas).</li> <li>- Verificar conhecimento sobre medicamentos (nome, dose, horário, finalidade).</li> <li>- Explicar a importância de doses, horários e conservação dos medicamentos.</li> <li>- Observar, ensinar e orientar habilidades práticas sobre preparo, aplicação, armazenamento e transporte de insulina; e descarte de perfurocortantes.</li> <li>- Reforçar importância da adesão medicamentosa para o controle do diabetes e prevenção de complicações; e realização de consultas (programação/marcação).</li> <li>- Explicar receita médica, verificar compreensão e esclarecer dúvidas.</li> <li>- Orientar, verificar e manejar efeitos colaterais e interação medicamentosa.</li> <li>- Pactuar e avaliar metas realistas.</li> <li>- Estabelecer estratégias para facilitar o uso adequado da medicação (lembretes, caixas organizadoras, alarmes, aplicativos).</li> <li>- Monitorar adesão e glicemia regularmente.</li> <li>- Reavaliar e ajustar plano terapêutico com médico, conforme necessário.</li> <li>- Realizar encaminhamento (farmacêutico, psicólogo), conforme necessidade.</li> <li>- Orientar sobre os fluxos regulatórios para acesso a medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS.</li> </ul>
<b>Alimentação</b>		

<p>Adesão ao Regime Dietético</p> <p>Conhecimento sobre Regime Dietético</p> <p>Obesidade</p> <p>Sobrepeso</p>	<p>Adesão ao Regime Dietético</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento prévio sobre alimentação adequada.</li> <li>- Identificar barreiras à adesão (socioeconômica, culturais, emocionais, cognitivas).</li> <li>- Orientar sobre o plano alimentar individualizado conforme orientação da equipe multiprofissional.</li> <li>- Incentivar o fracionamento das refeições e escolha de alimentos com baixo índice glicêmico.</li> <li>- Orientar sobre a importância de evitar açúcares simples e alimentos ultraprocessados.</li> <li>- Incentivar o consumo de fibras.</li> <li>- Orientar sobre uso de adoçantes.</li> <li>- Estimular hidratação adequada.</li> <li>- Orientar sobre técnicas culinárias saudáveis (evitar frituras, preferir cozidos e assados).</li> <li>- Estimular a leitura de rótulos e controle de porções.</li> <li>- Envolver a família/cuidadores no plano alimentar.</li> <li>- Estimular o registro diário da alimentação.</li> <li>- Agendar retornos para reavaliação e reforço da adesão.</li> <li>- Encaminhar para nutricionista, se necessário.</li> <li>- Acompanhar peso, IMC e exames laboratoriais.</li> </ul>
<b>Gastrointestinal</b>		
<p>Função do Sistema Gastrointestinal, Prejudicada</p>	<p>Função do sistema gastrointestinal eficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar presença de sintomas gastrointestinais (constipação, náusea, diarreia, distensão, refluxo).</li> <li>- Identificar, verificar e acompanhar medicamentos/efeitos colaterais que interferem na função GI (metformina).</li> <li>- Avaliar padrão intestinal e hábitos alimentares.</li> <li>- Estimular aumento da ingestão de fibras (frutas, verduras).</li> <li>- Estimular consumo adequado de água diariamente.</li> <li>- Orientar fracionamento de refeições.</li> <li>- Incentivar mastigação adequada e alimentação lenta.</li> <li>- Orientar sobre alimentos que pioram os sintomas GI (gordurosos, cafeína, bebidas gasosas).</li> <li>- Orientar sobre a prática regular de atividade física para estímulo do peristaltismo.</li> <li>- Orientar sobre higiene e preparo adequado dos alimentos (água potável para consumo; ferver ou tratar com solução de hipoclorito de sódio).</li> <li>- Orientar sobre a importância da regularidade nos horários das refeições.</li> <li>- Registrar e monitorar evolução dos sintomas e hábitos intestinais.</li> <li>- Encaminhar para nutricionista e/ou gastroenterologista, se necessário.</li> </ul>
<b>Neurosensorial</b>		

Percepção Tátil, Prejudicada	Percepção Tátil, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Testar a sensibilidade protetora (teste do monofilamento, vibratória).</li> <li>- Verificar queixas de dormência, formigamento, queimação ou perda de sensibilidade.</li> <li>- Avaliar integridade da pele e dos pés.</li> <li>- Orientar autoavaliação diária dos pés.</li> <li>- Ensinar cuidados com a higiene e hidratação dos pés (sem umidade entre os dedos).</li> <li>- Orientar corte adequado das unhas (reto, não remover cantos e cutículas, uso de lixa).</li> <li>- Orientar uso de calçados fechados, confortáveis, com proteção adequado e com ajuste (velcro/cadarço) e solado semirrígido; <b>usar meias de algodão, sem costura grossa ou elástico apertado.</b></li> <li>- Evitar chinelos, sandálias abertas e salto fino; e andar descalço.</li> <li>- Inspeccionar o calçado antes de usar.</li> <li>- Estimular o controle glicêmico.</li> <li>- Encaminhar para avaliação especializada, se necessário.</li> <li>- Fornecer material educativo com imagens e orientações práticas.</li> <li>- Reforçar importância do acompanhamento regular.</li> </ul>
Dor	Controle da dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar localização, intensidade, duração e características da dor (usar escala numérica ou visual).</li> <li>- Investigar relação da dor com complicações do diabetes (neuropatia, infecção, alterações musculoesqueléticas).</li> <li>- Avaliar fatores desencadeantes e atenuantes da dor.</li> <li>- Registrar histórico de uso de analgésicos e resposta ao tratamento.</li> <li>- Monitorar efeitos adversos de medicamentos (metformina e dor abdominal).</li> <li>- Orientar sobre medidas não farmacológicas (compressas, repouso, exercícios leves, alongamentos).</li> <li>- Incentivar prática regular de atividade física adaptada.</li> <li>- Estimular controle glicêmico adequado para prevenção da dor neuropática.</li> <li>- Encaminhar para equipe multiprofissional (fisioterapia, psicologia, neurologia), se necessário.</li> <li>- Agendar acompanhamento e reavaliação periódica da dor.</li> </ul>
Visão, Prejudicada	Visão, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar queixas visuais (embaçamento, dificuldade para ler, dor ocular).</li> <li>- Investigar histórico de retinopatia diabética ou outras alterações oculares.</li> <li>- Orientar sobre a importância do controle glicêmico e pressórico para prevenir complicações.</li> <li>- Verificar se há encaminhamento e adesão ao acompanhamento oftalmológico.</li> <li>- Orientar sobre sinais de alerta (manchas na visão, perda súbita da visão, visão dupla).</li> </ul>

		- Avaliar impacto da limitação visual na realização do autocuidado (uso de medicamentos, aplicação de insulina, leitura de rótulos).
Sono, Prejudicado	Sono, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar fatores/causas clínicas e emocionais associadas ao sono prejudicado (hipoglicemia noturna, dor, ansiedade, climatério).</li> <li>- Avaliar uso de medicamentos e substâncias que interferem no sono (caféina, álcool, chá, estimulantes).</li> <li>- Monitorar padrão de sono, nível de fadiga e energia para atividades diárias.</li> <li>- Avaliar horários de aplicação de insulina e sintomas noturnos (hipoglicemia, poliúria).</li> <li>- Estabelecer rotina regular para as atividades diurnas e horários fixos para dormir/acordar.</li> </ul>
<b>Mobilidade</b>		
Mobilidade, Prejudicada  Risco de Queda	Mobilidade, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar técnica correta de deambulação e uso de dispositivos auxiliares (muletas, bengalas, andadores, cadeiras de rodas).</li> <li>- Orientar prevenção de quedas e acidentes domésticos.</li> <li>- Informar sobre uso de calçados adequados.</li> <li>- Avaliar e estimular exercícios para fortalecimento muscular e equilíbrio.</li> <li>- Encaminhar para fisioterapia, se necessário.</li> <li>- Estimular apoio familiar para assistência na mobilidade.</li> </ul>
<b>Pele/ Pés</b>		
Integridade da Pele, Prejudicada  Risco de lesão	Integridade da Pele, preservada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar integridade da pele e áreas de risco.</li> <li>- Orientar cuidados diários com os pés e higiene (inspeção).</li> <li>- Promover hidratação da pele para evitar ressecamento.</li> <li>- Orientar uso de calçados adequados, confortáveis e fechados, evitar andar descalço, sandálias abertas e salto fino.</li> <li>- Incentivar controle rigoroso da glicemia para evitar complicações.</li> </ul>

Risco de pé diabético Úlcera de Pé Diabético	Prevenir úlcera de pé diabético	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre o autocuidado com os pés.</li> <li>- Orientar sobre a higiene diária dos pés; hidratar os pés após o banho (evitar entre os dedos); manter espaços interdigitais secos e limpos; orientar corte de unhas adequado, sem remover cantos ou cutículas.</li> <li>- Ensinar inspeção diária dos pés e sinais de alerta: calos, bolhas, micoses, rachaduras.</li> <li>- Avaliar pés anualmente para risco de ulceração.</li> <li>- Avaliar sensibilidade com monofilamento, diapasão.</li> <li>- Verificar pulsos pediosos e tibiais posteriores e presença de edema.</li> <li>- Avaliar sinais de comprometimento arterial: claudicação, dor em repouso, pés frios, pele alterada.</li> <li>- Medir ITB (Índice Tornozelo-Braço).</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica em caso de alterações vasculares/ITB alterado.</li> <li>- Recomendar autoavaliação diária dos pés; cuidados com a higiene e hidratação dos pés (sem umidade entre os dedos); corte adequado das unhas (reto, não remover cantos e cutículas, uso de lixa); calçados fechados, confortáveis, proteção adequado, com ajuste (velcro/cadarço) e solado semirrígido; <b>usar meias de algodão, sem costura grossa ou elástico apertado</b>; evitar chinelos, sandálias abertas e salto fino; e andar descalço; inspecionar o calçado antes de usar; higiene do calçado.</li> </ul>
<b>Respiratório</b>		
Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	Função do Sistema Respiratório, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar padrão respiratório: frequência, ritmo, profundidade e presença de ruídos anormais.</li> <li>- Monitorar saturação de oxigênio, sinais de hipóxia e esforço respiratório.</li> <li>- Avaliar histórico de doenças respiratórias associadas (DPOC, asma, infecções respiratórias).</li> <li>- Identificar sinais precoces de infecção respiratória (tosse, febre, secreção).</li> <li>- Orientar sobre importância do controle glicêmico para prevenir infecções pulmonares.</li> <li>- Estimular hidratação adequada para fluidificar secreções.</li> <li>- Verificar se há uso de medicamentos broncodilatadores ou inaladores; orientar sobre uso correto.</li> <li>- Identificar e eliminar fatores ambientais que comprometam a função respiratória (fumaça, poeira, mofo).</li> <li>- Orientar sobre abandono do tabagismo e oferecer apoio.</li> <li>- Encaminhar para atendimento médico caso haja sinais de piora clínica ou suspeita de infecção.</li> </ul>
<b>Cardiovascular</b>		
Função Cardíaca, Prejudicada	Função Cardíaca, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar sinais vitais (PA, FC, FR) e sintomas de sobrecarga cardíaca (dispneia, edema, fadiga, dor torácica).</li> <li>- Monitorar glicemia capilar e orientar sobre metas glicêmicas para reduzir RCV.</li> <li>- Avaliar presença de edema em membros inferiores e ganho de peso súbito.</li> </ul>

Edema Periférico		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar adesão ao tratamento medicamentoso conforme prescrição médica (hipoglicemiantes, anti-hipertensivos, estatinas).</li> <li>- Estimular alimentação balanceada (pobre em sal, gorduras e açúcares), conforme orientação nutricional.</li> <li>- Orientar prática de atividade física regular e leve.</li> <li>- Verificar sinais de má perfusão (extremidades frias, cianose, tontura).</li> <li>- Incentivar abandono do tabagismo e redução do consumo de álcool.</li> <li>- Realizar avaliação de risco cardiovascular (obesidade, sedentarismo, histórico familiar).</li> <li>- Orientar sobre sinais de alerta para procurar serviço médico: dor torácica, dispneia intensa, palpitações, síncope.</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica em caso de piora clínica, sinais de insuficiência cardíaca ou pressão descontrolada.</li> </ul>
Pressão Arterial, Alterada	Controle da pressão arterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aferir PA em todas as consultas com técnica correta.</li> <li>- Monitorar variações da PA ao longo do tempo.</li> <li>- Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso prescrito.</li> <li>- Orientar sobre importância do uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos.</li> <li>- Estimular alimentação saudável (restrição de sal, gordura).</li> <li>- Orientar sobre prática regular de atividade física leve a moderada, conforme tolerância.</li> <li>- Incentivar controle do peso corporal e IMC.</li> <li>- Estimular redução/abandono do consumo de álcool e cessação do tabagismo.</li> <li>- Avaliar sinais de lesões em órgãos-alvo (retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia).</li> <li>- Verificar uso de medicamentos que possam interferir na PA (anti-inflamatórios, descongestionantes).</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica em caso de PA persistentemente elevada ou sintomas associados (cefaleia intensa, tontura, dor torácica).</li> </ul>
Perfusão Tissular Periférica, Prejudicada	Perfusão Tissular Periférica, preservada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar: temperatura, coloração da pele, tempo de preenchimento capilar, presença de pulsos periféricos.</li> <li>- Verificar presença de dor em repouso, claudicação intermitente, cianose, palidez, edema ou extremidades frias.</li> <li>- Aferir e monitorar pressão arterial e controle glicêmico.</li> <li>- Avaliar sinais de neuropatia e comprometimento vascular (unhas quebradiças, ausência de pelos, pele ressecada).</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular prática de atividade física leve para promover circulação, conforme capacidade do paciente.</li> <li>- Avaliar o Índice Tornozelo-Braço (ITB), para rastrear DAP.</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica em caso de sinais de isquemia, úlceras, ITB alterado ou ausência de pulsos periféricos.</li> <li>- Orientar sobre os riscos do tabagismo para a circulação periférica.</li> <li>- Monitorar aderência ao tratamento prescrito (antidiabéticos, anti-hipertensivos, antiplaquetários, estatinas).</li> <li>- Realizar encaminhamento para avaliação vascular, se necessário.</li> </ul>
<b>Psicológico/emocional/comportamental</b>		
Fadiga	Fadiga melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar intensidade, frequência e fatores desencadeantes.</li> <li>- Verificar condições associadas (controle glicêmico, anemia, sono, dor, depressão).</li> <li>- Orientar sobre importância do descanso adequado e higiene do sono.</li> <li>- Incentivar prática gradual e regular de exercícios físicos conforme tolerância.</li> <li>- Promover alimentação equilibrada e hidratação adequada.</li> </ul>
Estresse	Estresse melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar fontes e intensidade do estresse.</li> <li>- Incentivar prática regular de atividade física.</li> <li>- Orientar sobre a influência do estresse no controle do diabetes.</li> <li>- Orientar sobre a importância da inclusão social (comunidade, igreja).</li> <li>- Encaminhamento para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, se necessário.</li> </ul>
Processo de Enfrentamento, Prejudicado	Processo de Enfrentamento, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar como o paciente percebe e reage ao diagnóstico de diabetes.</li> <li>- Identificar sentimentos como negação, raiva, culpa ou desânimo relacionados à condição.</li> <li>- Fornecer informações sobre o diabetes, tratamento e autocuidado, de acordo com o nível de compreensão.</li> <li>- Reforçar o papel ativo do paciente no controle da doença.</li> </ul>
Aceitação da Condição de Saúde, Prejudicada	Aceitação da condição	
<b>Exercício Físico</b>		
Adesão ao Regime de Exercício Físico	Adesão ao Regime de Exercício Físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar hábitos atuais de atividade física e limitações.</li> <li>- Orientar sobre os benefícios do exercício na gestão do diabetes e prevenção de complicações.</li> <li>- Estratégias para superar barreiras.</li> </ul>

<b>Estilo de vida/Comportamento de saúde</b>		
Abuso de Tabaco (ou de Fumo)	Abuso de Tabaco, diminuído ou interrompido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o padrão e intensidade do consumo de tabaco.</li> <li>- Orientar sobre benefícios da cessação do tabagismo para a saúde e controle da doença.</li> <li>- Identificar barreiras e motivadores para a cessação.</li> <li>- Encaminhar para programas de cessação do tabagismo ou grupos de apoio.</li> </ul>
Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	Abuso de Álcool, diminuído ou interrompido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar padrão e frequência do consumo de álcool.</li> <li>- Estimular a busca por mudanças comportamentais e estratégias de enfrentamento saudáveis.</li> <li>- Encaminhar para grupos de apoio, psicólogo ou serviço especializado em dependência química.</li> </ul>
Condição Oral (ou Bucal), Prejudicada	Condição Oral (ou Bucal), melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a cavidade oral (lesões, gengivite, sangramentos, xerostomia, cáries e próteses mal ajustadas).</li> <li>- Orientar sobre a relação entre diabetes descompensado e aumento do risco de infecções bucais.</li> <li>- Encaminhar para avaliação odontológica regular.</li> </ul>
Não Adesão ao Regime de Imunização	Adesão ao Regime de Imunização	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar situação vacinal atual da pessoa com base no calendário do PNI.</li> <li>- Informar sobre a importância da imunização.</li> <li>- Agendar ou encaminhar para a unidade de vacinação e reforçar a importância do retorno.</li> <li>- Estimular vacinação no adulto.</li> </ul>
<b>Sexualidade</b>		
Desempenho Sexual, Prejudicado	Desempenho Sexual, melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar alterações sexuais relatadas (disfunção erétil, diminuição da libido, dor, insatisfação).</li> <li>- Orientar sobre a relação entre controle glicêmico e função sexual.</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica (urologia, ginecologia ou endocrinologia), e psicologia, se necessário.</li> </ul>
<b>Socioeconômico</b>		
Problema Habitacional	Apoio ao problema habitacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar condições de moradia: ausência de casa, habitação inadequada, insalubridade, superlotação ou risco social.</li> <li>- Avaliar impacto das condições habitacionais sobre o controle do diabetes (armazenamento de insulina, alimentação, higiene).</li> <li>- Encaminhar para equipe de assistência social.</li> <li>- Realizar visitas domiciliares, se for possível e indicado, em parceria com a equipe multiprofissional.</li> </ul>
Problema Financeiro	Apoio ao problema financeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar barreiras econômicas que afetam o cuidado (acesso a medicamentos, alimentação adequada, transporte, consultas).</li> <li>- Verificar se a pessoa está cadastrada em programas de assistência farmacêutica gratuita.</li> </ul>

		- Orientar sobre direitos garantidos pelo SUS para pessoas com diabetes (insumos, exames, atendimentos).
<b>Cognitiva/educacional</b>		
Cognição, Prejudicada	Cognição, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o grau de comprometimento cognitivo (memória, atenção, linguagem, raciocínio).</li> <li>- Identificar fatores que contribuem: hipoglicemia frequente, hiperglicemia, medicamentos, idade, doenças associadas.</li> <li>- Observar capacidade para compreender e seguir orientações de saúde.</li> <li>- Envolver cuidadores ou familiares nas orientações, quando necessário.</li> <li>- Reforçar orientações importantes em todas as consultas.</li> </ul>
Problema de Literacia	Literacia, melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o nível de compreensão do paciente sobre sua condição, tratamento e orientações de saúde.</li> <li>- Identificar dificuldades em ler, interpretar ou seguir instruções escritas, rótulos de medicamentos, receitas.</li> <li>- Utilizar linguagem simples, direta e acessível em todas as orientações.</li> <li>- Utilizar recursos visuais para facilitar a compreensão.</li> <li>- Demonstrar procedimentos (aplicação de insulina, uso de glicosímetro).</li> <li>- Confirmar a compreensão usando a técnica de teach-back (ensinar de volta).</li> <li>- Envolver familiares ou cuidadores no processo educativo, quando necessário.</li> </ul>

### NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados e Intervenções	
<b>Familiar/Social</b>		
Falta de Apoio Social	Apoio Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a rede de apoio familiar, comunitária e social do paciente.</li> <li>- Identificar barreiras para o acesso ao apoio social (isolamento, dificuldades financeiras, distância).</li> <li>- Estimular o paciente a estabelecer ou fortalecer vínculos sociais e familiares.</li> <li>- Orientar familiares e cuidadores sobre a importância do suporte contínuo no manejo do diabetes.</li> </ul>

### NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados e Intervenções	
---------------------------	-------------------------------------	--

<b>Espiritualidade/Religiosidade</b>		
Crença Espiritual, Conflituosa	Crença Espiritual, eficaz	- Estimular a reflexão sobre formas de fé que fortaleçam o autocuidado e o bem-estar.
Crença Religiosa, Conflituosa	Crença Religiosa, eficaz	-Identificar falas ou comportamentos que indiquem sentimentos de culpa, punição ou negação da doença com base na fé. - Incentivar a busca por apoio espiritual ou religioso que estimulem o cuidado com a saúde.

#### **4. IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM:**

Nesta etapa, as intervenções de enfermagem planejadas são colocadas em prática. As intervenções podem ser terapêuticas, aconselhamento, educativas, encaminhamentos, entre outras, conforme as necessidades da pessoa com DM. O enfermeiro deve registrar todas as intervenções realizadas no prontuário do paciente, utilizando a CIPE.

## 5. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Nesta etapa, é avaliado a resposta/progresso da pessoa com DM em relação ao plano de cuidados instituído, com vistas a monitorar os indicadores de resultados, como:

- Acompanhamento das metas e resultados do tratamento, a cada consulta.
- Avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem.
- Ajuste do plano de cuidados, se necessário.
- Registro da evolução em prontuário.

Deste modo, serão avaliados os seguintes itens de evolução no que concerne ao melhor controle da doença:

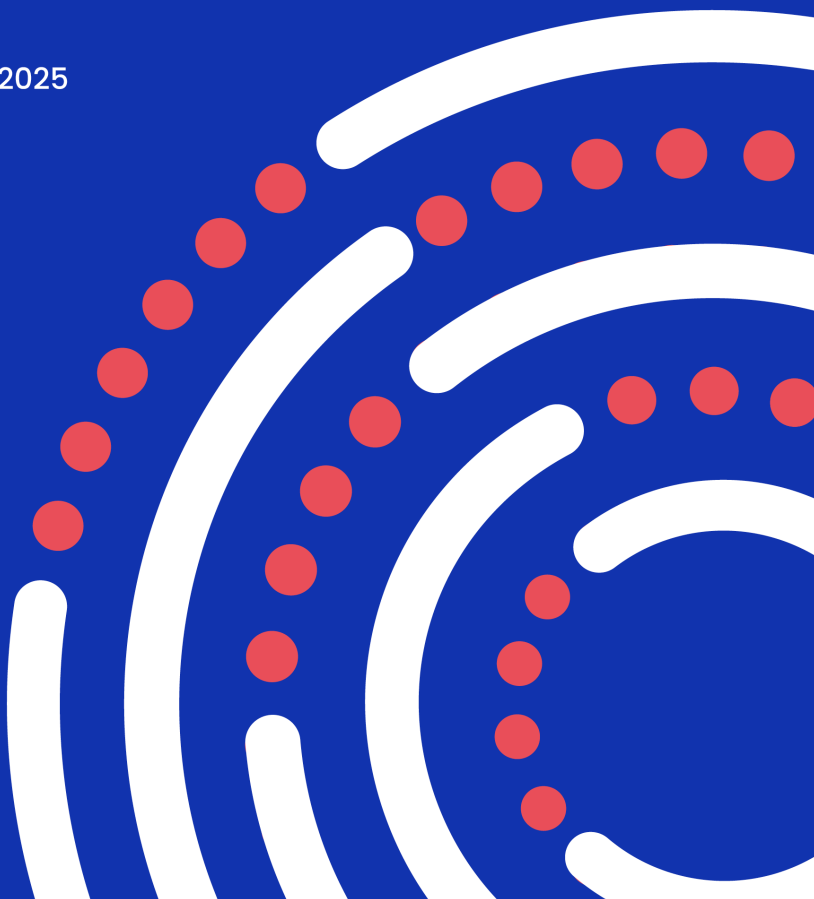
- ( ) Níveis de HbA1c < 7% (Meta glicêmica)
  - ( ) Pressão arterial < 140/90mmHg/Pessoas com RCV elevado < 130/80 mmHg (meta)
  - ( ) LDL- Risco Muito Alto (DCV estabelecida): < 50 mg/dL; Risco Alto (DM tipo 1 ou 2 com ≥ 1 fator de risco ou lesão de órgão-alvo): < 70 mg/dL; Risco Intermediário (DM tipo 2 > 40 anos ou DM tipo 1 > 30 anos, sem outros fatores de risco): < 100 mg/dL; Risco Baixo: <130 mg/dL.
  - ( ) HDL- > 40 mg/dL (homens) e >50 mg/dL (mulheres)
  - ( ) Triglicerídeos- <150 mg/dL (desejável)
  - ( ) IMC- Ideal: 18,5 - 24,9 kg/m<sup>2</sup>
  - ( ) Circunferência abdominal- Circunferência ≤80cm (mulheres) e ≤94cm (homens)
  - ( ) Ausência de complicações (Hipoglicemia, hiperglicemia, retinopatia, nefropatia, pé diabético)
  - ( ) Adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso)
  - ( ) Autocuidado
  - ( ) Compreensão acerca da doença, do tratamento e dos cuidados com a saúde.
  - ( ) Ajuste do plano de cuidados, conforme necessário, com base nos resultados da avaliação e nas necessidades da pessoa com DM.
  - ( ) Qualidade de vida (psicobiológica, psicossocial e psicocultural)
  - ( ) Registros de Enfermagem no prontuário.
- Outra: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E - PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA  
COM DIABETES *MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE MONTE BELO-MG**



**Protocolo de Consulta  
de Enfermagem às pessoas  
com Diabetes *Mellitus* na  
Atenção Primária à Saúde do  
município de Monte Belo-MG**

Monte Belo/MG - 2025





---

# **Protocolo de Consulta de Enfermagem às pessoas com Diabetes *Mellitus* na Atenção Primária à Saúde do município de Monte Belo-MG**

Monte Belo/MG - 2025

## **ORGANIZAÇÃO E EDIÇÃO**

Munyra Rocha Silva Silva Assunção  
Roberta Seron Sanches  
Silvana Maria Coelho Leite Fava

## **ELABORAÇÃO**

Munyra Rocha Silva Silva Assunção  
Roberta Seron Sanches  
Silvana Maria Coelho Leite Fava  
Alexandre Jose Pacheco  
Stela Cristina Teixeira de Faria Almeida  
Rosiele Aparecida Fernandes  
Kaian Vinicius Martins Pereira  
Eliara Aparecida Miranda  
Michel Divino Aparecido Novais  
Elen Tamara de Souza  
Keila Ariane Silva Borges

## **COLABORAÇÃO**

Vanesse Aparecida da Silva Rodrigues  
Marina Fernandes Tomaz

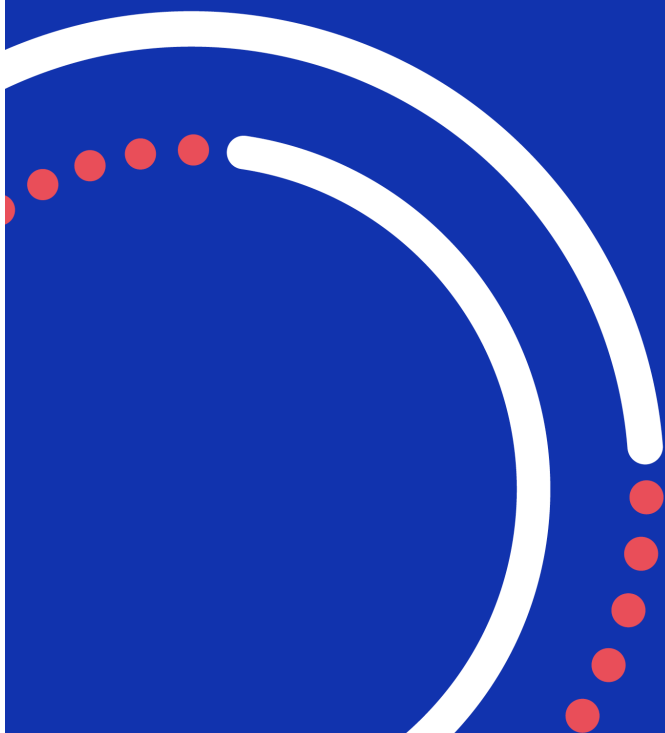


## PREFÁCIO

Esta publicação resulta da tese de doutorado intitulada “**Protocolo de consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde: pesquisa convergente assistencial**”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

O protocolo tem como propósito qualificar o cuidado de enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde, com vistas a orientar a prática clínica a partir das melhores evidências disponíveis e do Processo de Enfermagem.

Espera-se que esta ferramenta contribua para o fortalecimento da autonomia profissional do enfermeiro, para a padronização das condutas e para a promoção de um cuidado integral, seguro e humanizado.





## APRESENTAÇÃO

O “**Protocolo de Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde do município de Monte Belo-MG**” foi desenvolvido como produto tecnológico da tese de doutorado da Munyra Rocha Silva Assunção, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

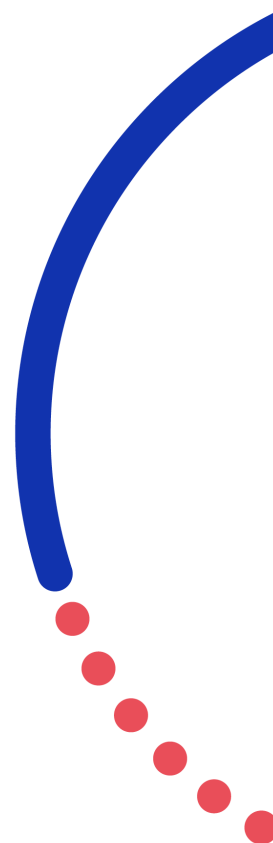
A proposta emergiu da necessidade de fortalecer a prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Monte Belo-MG, com vistas a promover um cuidado integral, resolutivo e centrado na pessoa com Diabetes Mellitus (DM). Seu desenvolvimento foi pautado na **construção coletiva com enfermeiros da rede municipal de saúde da APS**, conectando conhecimento científico, experiência profissional e compromisso ético com a qualidade da assistência.

O protocolo foi elaborado com base na **Teoria das Necessidades Humanas Básicas** e no referencial metodológico **da Pesquisa Convergente Assistencial**, o que garante sua aplicabilidade e coerência com as demandas reais do território. A metodologia permitiu a consolidação de um produto tecnológico que reflete o cotidiano, os desafios e as potencialidades do cuidado às pessoas com diabetes na APS.

Estruturado em conformidade com as etapas do **Processo de Enfermagem (avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução)**, o documento reúne recomendações clínicas e educativas que norteiam a prática assistencial, qualificam o registro das ações e fortalecem a tomada de decisão clínica.

Mais do que um instrumento técnico, este protocolo representa uma **tecnologia cuidativo-educacional**, voltada à transformação da prática cotidiana e à valorização da identidade profissional do enfermeiro. Ele busca promover o autocuidado, o controle metabólico, a prevenção de complicações e o fortalecimento do vínculo entre profissional e pessoa, a fim de assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado.

Ao integrar ciência, experiência e realidade local, este protocolo reafirma o compromisso da Enfermagem com um cuidado ético, humanizado e baseado em evidências, contribuindo para o fortalecimento da APS, a qualificação do trabalho do enfermeiro e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM.



# SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	06
2.	CONSULTA DE ENFERMAGEM	08
3.	TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: REFERENCIAL TEÓRICO	09
4.	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	12
5.	APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ORIENTADO PELO PROCESSO DE ENFERMAGEM	13
●	REFERÊNCIAS	49
●	LITERATURA RECOMENDADA	54
●	AGRADECIMENTOS	55

# 1. INTRODUÇÃO

O **Diabetes Mellitus (DM)** é uma condição crônica de alta prevalência e impacto global, caracterizada pela hiperglicemia persistente decorrente de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. É um dos principais problemas de saúde pública mundial, com aumento expressivo de casos, mortalidade e custos associados ao seu manejo e às complicações decorrentes do controle inadequado (World Health Organization- WHO, 2019; International Diabetes Federation- IDF, 2025; Sociedade Brasileira de Diabetes- SBD, 2025).

No Brasil, o número de pessoas com diabetes cresce de forma contínua e expressiva, impactando o Sistema Único de Saúde (SUS) e exigindo estratégias integradas de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento longitudinal. Estima-se que mais de 17 milhões de adultos convivam com a doença, com projeções de aumento significativo até 2050 (IDF, 2025). Diante desse cenário, torna-se importante a adoção de políticas públicas e ações coordenadas que fortaleçam a Atenção Primária à Saúde (APS) como nível estratégico para o cuidado à pessoa com diabetes (Mendes, 2018; Brasil, 2015).

A APS é reconhecida como a principal porta de entrada do SUS e responsável pela coordenação do cuidado às condições crônicas. É fundamentada em princípios como universalidade, integralidade, equidade e continuidade do cuidado, e busca desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e manejo clínico qualificado (Starfield, 2002; Lavras, 2011; Brasil, 2017). No âmbito da APS, o trabalho multiprofissional é fundamental, com destaque para o papel do enfermeiro na gestão e no acompanhamento clínico das pessoas com DM (Brasil, 2013).

Entre as atribuições do enfermeiro, destaca-se a **Consulta de Enfermagem (CE)**, prevista na Lei nº 7.498/1986 e regulamentada pela Resolução COFEN nº 736/2024. A CE constitui uma tecnologia assistencial privativa da enfermagem, que operacionaliza o **Processo de Enfermagem (PE)**, constituído pelas etapas de avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, e possibilita a prática clínica sistematizada, segura e centrada nas necessidades da pessoa (Cofen, 2024; Curcio; Lima; Torres, 2009; Kahl *et al.*, 2018).

A fundamentação teórica adotada neste protocolo apoia-se na **Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB)**, de Wanda Horta, que orienta a identificação das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais da pessoa e direciona a elaboração de planos assistenciais individualizados (Horta, 1979; Cianciarullo, 1987; Horta, 2011). Além disso, associada a **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**, a TNHB contribui para

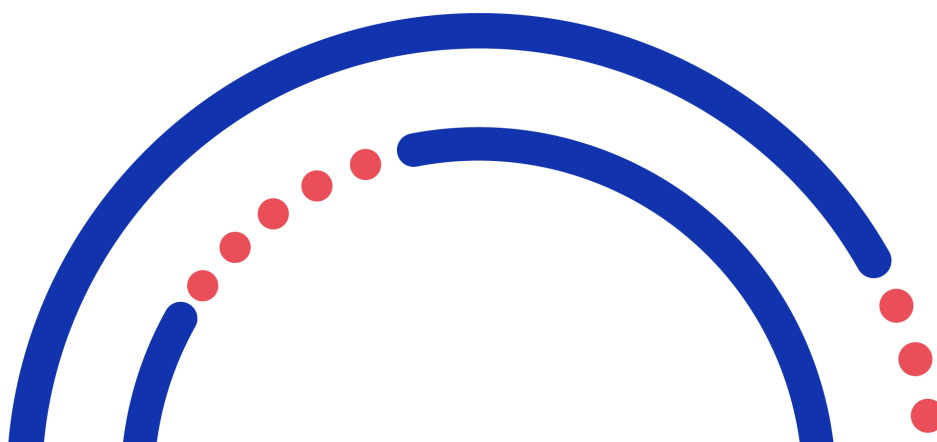
Diante desse cenário, torna-se importante a adoção de políticas públicas e ações coordenadas que fortaleçam a Atenção Primária à Saúde (APS) como nível estratégico para o cuidado à pessoa com diabetes (Mendes, 2018; Brasil, 2015).

o desenvolvimento do raciocínio clínico, a padronização da linguagem profissional e a qualidade dos registros (Carvalho; Cruz; Herdman, 2013; Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020).

Nesse contexto, os **protocolos de enfermagem** configuram-se, como tecnologias assistenciais estratégicas para orientar a prática, padronizar condutas e assegurar a qualidade, integralidade e segurança do cuidado. Além de fortalecer a autonomia do enfermeiro, proporcionam respaldo técnico e científico para a tomada de decisão clínica e a articulação com a equipe multiprofissional (Mourão Netto; Dias; Goyanna, 2016; Lauterte *et al.*, 2020; Lazarini *et al.*, 2024).

Assim, o “Protocolo de Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde” foi desenvolvido como uma tecnologia leve-dura, fundamentada em evidências científicas e construída de forma participativa com enfermeiros da rede municipal de saúde da APS. O objetivo é subsidiar o cuidado qualificado, humanizado e resolutivo, com vistas a fortalecer o papel da enfermagem na gestão clínica e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM (Merhy; Onoko, 2002; Brasil, 2011; Lazarini *et al.*, 2024).

O objetivo é subsidiar o cuidado qualificado, humanizado e resolutivo, com vistas a fortalecer o papel da enfermagem na gestão clínica e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM (Merhy; Onoko, 2002; Brasil, 2011; Lazarini *et al.*, 2024).



## 2. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A Consulta de Enfermagem (CE) é uma tecnologia do cuidado que possibilita acompanhamento sistematizado, integral e resolutivo à pessoa, considerando suas necessidades de saúde e promovendo uma assistência qualificada (Cofen, 2024; Kahl *et al.*, 2018).

O exercício profissional do enfermeiro e a realização da CE são regulamentados pela Lei nº 7.498/1986, operacionalizados por meio do Processo de Enfermagem (PE), conforme Resolução COFEN nº 736/2024. O PE compreende cinco etapas interdependentes: **avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução**, constituindo-se como um método que organiza, qualifica e dá respaldo ético e legal à prática profissional (Cofen, 2024; Azevedo *et al.*, 2019).

No cuidado à pessoa com DM, a CE deve contemplar a identificação de fatores de risco, o estímulo ao autocuidado, a prevenção de complicações e o controle glicêmico, visando à melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2013; SBD, 2025). O enfermeiro exerce papel central nesse acompanhamento, atuando na monitorização da glicemia, solicitação de exames, administração de insulina e condução de práticas educativas (Toso *et al.*, 2024).

As intervenções de enfermagem envolvem avaliação, monitorização, planejamento, promoção da saúde, administração de cuidados, encaminhamentos e incentivo à adesão terapêutica, evidenciando o PE como eixo estruturante da assistência (Dantas; Figueiredo; Guedes, 2022).

A CE fortalece a **autonomia profissional** e amplia a visibilidade do enfermeiro na APS, ao mesmo tempo em que promove o **protagonismo da pessoa com DM** em seu cuidado. Além disso, seu componente educativo incentiva a corresponsabilidade do usuário e sua participação nas decisões terapêuticas (Beal *et al.*, 2020; Schlosser *et al.*, 2023).

As evidências demonstram resultados clínicos positivos, como redução da hemoglobina glicada e da pressão arterial, além de maior adesão ao tratamento, prática de atividade física e controle alimentar (Teston *et al.*, 2017; Araújo *et al.*, 2018). Contudo, é necessário ampliar o engajamento dos profissionais, reconhecendo a CE como instrumento essencial para qualificar o cuidado e fortalecer a gestão clínica na APS (Assunção *et al.*, 2022; Salci; Meirelles; Silva, 2018).

**A CE fortalece a autonomia profissional e amplia a visibilidade do enfermeiro na APS, ao mesmo tempo em que promove o protagonismo da pessoa com DM em seu cuidado**

## 3. TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: REFERENCIAL TEÓRICO

A Enfermagem, ao longo de sua trajetória histórica, passou por importantes transformações até se consolidar como uma ciência que integra saber técnico, científico e humano. Essa consolidação foi impulsionada pela elaboração de teorias que, fundamentadas em métodos científicos, orientam a prática assistencial e qualificam o cuidado prestado às pessoas, famílias e comunidades (Dias; David; Vargens, 2016; Santos *et al.*, 2019).

As teorias de enfermagem representam o alicerce da profissão, pois possibilitam compreender os fenômenos que envolvem o processo saúde-doença e direcionam ações coerentes com as necessidades de saúde das pessoas. A articulação entre teoria, prática clínica e pesquisa constitui um tripé essencial para o fortalecimento da profissão e para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidências, sustentando tanto as atividades gerenciais quanto assistenciais do enfermeiro (Bouso; Poles; Cruz, 2014; Brandão *et al.*, 2019).

Entre as diversas teorias de enfermagem, destaca-se a TNHB, elaborada pela enfermeira e teórica brasileira Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970. Essa teoria é inspirada na hierarquia das necessidades de Abraham Maslow, e propõe que o ser humano é motivado pela satisfação de suas necessidades básicas, que, quando atendidas, mantêm o equilíbrio e favorecem o bem-estar. Para tanto, a enfermagem deve identificar situações de desequilíbrio e intervir de forma sistematizada, utilizando o PE como instrumento metodológico de cuidado (Horta, 1974; 1979; 2011).

As Necessidades Humanas Básicas (NHB) são interdependentes e classificam-se em três dimensões: psicobiológicas, relacionadas às funções vitais e fisiológicas do organismo; psicossociais, voltadas às interações e vínculos estabelecidos com outras pessoas, grupos e a comunidade; e psicoespirituais, que envolvem valores, crenças, sentido de vida e espiritualidade (Horta, 1979; Cubas; Garcia, 2021). Essa abordagem amplia a compreensão do cuidado, reconhecendo o indivíduo em sua totalidade e singularidade.

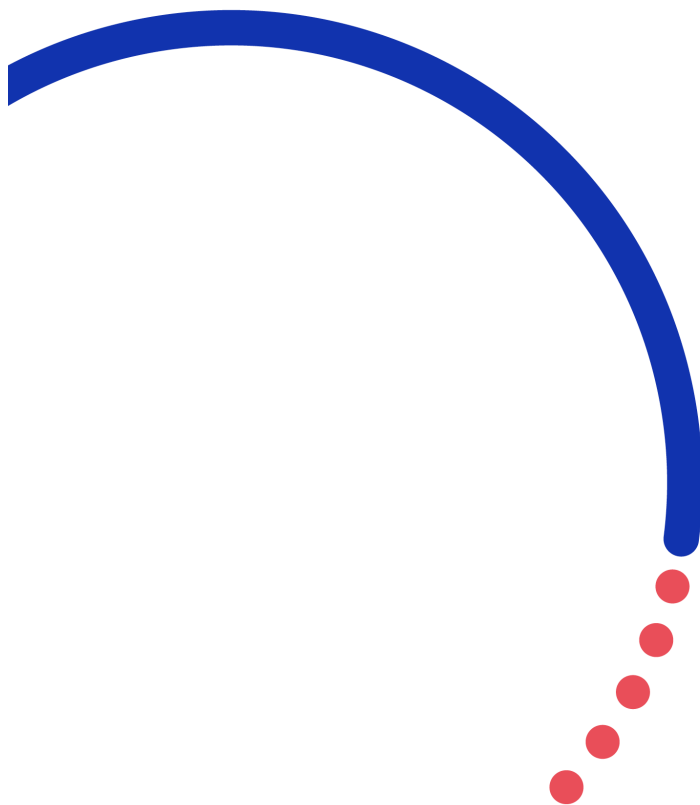
Sob o olhar de Horta, a enfermagem é compreendida como ciência e arte, voltada à promoção da independência e da autonomia do ser humano por meio do ensino do autocuidado, da prevenção de agravos e da promoção da saúde em uma

**Para tanto, a enfermagem deve identificar situações de desequilíbrio e intervir de forma sistematizada, utilizando o PE como instrumento metodológico de cuidado**

perspectiva integral e multiprofissional (Horta, 2011). Assim, o enfermeiro que utiliza os referenciais teóricos na prática clínica aprimora seu raciocínio e julgamento clínico, favorecendo a tomada de decisões fundamentadas e a proposição de intervenções adequadas às necessidades de cada pessoa (Santos *et al.*, 2019).

No contexto do cuidado à pessoa com DM, a aplicação da TNHB constitui um referencial sólido para o planejamento da assistência de enfermagem. Ela orienta a identificação das necessidades humanas em desequilíbrio, como alterações nutricionais, metabólicas, psicossociais e emocionais, e direciona intervenções voltadas à restauração do equilíbrio, ao estímulo do autocuidado e à adesão ao tratamento (Souza *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2024).

Dessa forma, a TNHB oferece sustentação científica e metodológica ao PE, o que favorece uma prática clínica mais reflexiva, humanizada e eficaz na APS. A sua aplicação no cuidado à pessoa com DM fortalece o papel do enfermeiro como protagonista do cuidado, promove autonomia ao usuário e contribui para o alcance de melhores resultados em saúde.



## 4. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O uso de sistemas de linguagem padronizada na Enfermagem fortalece a prática profissional, amplia a segurança do cuidado e aprimora a comunicação entre os membros da equipe de saúde. O enfermeiro que fundamenta o PE em referenciais teóricos consolidados e utiliza uma terminologia estruturada, promove uma assistência individualizada, qualificada e baseada em evidências (Carvalho; Cubas; Nóbrega, 2017; Ramos *et al.*, 2020).

Nesse contexto, destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), desenvolvida pelo International Council of Nurses (ICN), com o objetivo de unificar a linguagem profissional e representar, em nível mundial, os elementos centrais da prática de enfermagem (ICN, 2017; Garcia; Nóbrega, 2009).

A CIPE® constitui um instrumental tecnológico que oferece uma terminologia padronizada para descrever diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de forma sistematizada e comparável. Essa padronização favorece o registro clínico, o raciocínio diagnóstico, a tomada de decisão e a continuidade do cuidado, além de contribuir para o monitoramento de indicadores e para o desenvolvimento científico da profissão (ICN, 2018; Clares *et al.*, 2016; Garcia; Bartz; Coenen, 2017).

Destaca-se que sua estrutura é organizada em sete eixos, foco, julgamento, ação, meio, cliente, localização e tempo que, combinados, permitem a formulação de enunciados que representam os Diagnósticos de Enfermagem (DE), Resultados de Enfermagem (RE) e Intervenções de Enfermagem (IE), alinhados às necessidades de saúde das pessoas (Argenta *et al.*, 2020; Carvalho; Cubas; Nóbrega, 2017).

É reconhecida como terminologia combinatória, a CIPE® integra e harmoniza outros vocabulários profissionais, possibilitando a criação de subconjuntos terminológicos específicos para diferentes populações, fenômenos ou contextos de cuidado. Essa característica amplia sua aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde e em diversos cenários assistenciais (Garcia; Bartz; Coenen, 2015; Argenta; Adamy; Bitencourt, 2020).

A versão CIPE® 2019–2020 reúne 4.475 termos organizados em dez conceitos estruturantes, incluindo 2.035 conceitos pré-coordenados (relacionados a DE, RE e IE) e 2.430 conceitos primitivos, representando uma terminologia clínica robusta e em constante atualização (Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020).

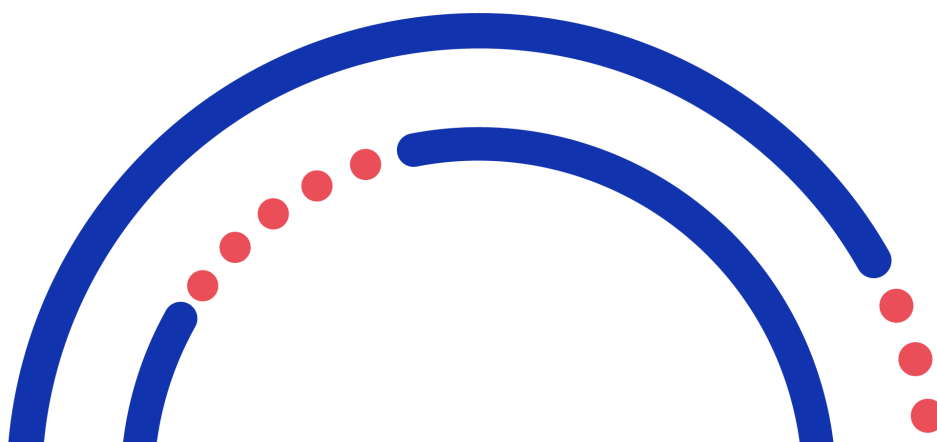
Estudos nacionais e internacionais evidenciam a ampla utilização da CIPE® na prática clínica e na pesquisa. No Brasil, pesquisas vêm demonstrando sua aplicabilidade na construção de subconjuntos terminológicos voltados a

diferentes condições de saúde, como o cuidado a pessoas idosas, com neoplasias, doenças crônicas e Diabetes Mellitus (DM) (Clares; Guedes; Freitas, 2020; Querido *et al.*, 2019).

Particularmente no DM, a CIPE® tem sido utilizada para estruturar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem orientados por referenciais teóricos, como a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), o que possibilita identificar necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e propor intervenções específicas e integradas (Chaves; Torres; Chianca, 2024; Silva *et al.*, 2022).

A utilização da CIPE® na operacionalização do PE favorece o raciocínio clínico, a segurança do paciente, a continuidade da assistência e o reconhecimento do trabalho do enfermeiro. Assim, ao adotar essa terminologia, o cuidado torna-se mais direcionado, ético e fundamentado em evidências, contribuindo para a qualificação da assistência prestada às pessoas, famílias e comunidades em todos os níveis de atenção à saúde.

**A utilização da CIPE® na operacionalização do PE favorece o raciocínio clínico, a segurança do paciente, a continuidade da assistência e o reconhecimento do trabalho do enfermeiro**



## 5. APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ORIENTADO PELO PROCESSO DE ENFERMAGEM

No contexto do SUS, os **protocolos de enfermagem** constituem tecnologias essenciais para qualificar o cuidado, orientar a prática clínica e assegurar a segurança e a integralidade da atenção à saúde. São elaborados com base em evidências científicas e nas singularidades de cada pessoa, esses instrumentos organizam decisões e fluxos assistenciais, fortalecendo o raciocínio clínico, a autonomia profissional e a padronização da assistência (Brandão *et al.*, 2019; Pimenta *et al.*, 2015).

Os protocolos ampliam a resolutividade dos serviços e promovem o cuidado integral, especialmente na APS, ao direcionar ações fundamentadas em boas práticas e em evidências científicas (Frota *et al.*, 2024; Vasconcelos; Kiss, 2025). Na Enfermagem, são reconhecidos como **Tecnologias Cuidativo-Educacionais (TCE)**, pois articulam o cuidar e o educar, valorizando o protagonismo do usuário e promovendo uma prática clínica reflexiva e centrada na pessoa (Nietsche *et al.*, 2012). Nesse sentido, os protocolos representam instrumentos estratégicos para fortalecer a atuação do enfermeiro e aprimorar a qualidade de vida de pessoas com condições crônicas, como o DM.

O PE, eixo estruturante deste protocolo, é um método científico que organiza e qualifica a prática profissional, com respaldo técnico, ético e legal. Sua aplicação na CE desenvolve-se em cinco etapas interdependentes: **avaliação**, corresponde à coleta sistematizada de dados subjetivos, obtidos por meio da escuta e entrevista, e de dados objetivos, coletados no exame físico, permitindo compreender o estado de saúde da pessoa; **diagnóstico de enfermagem**, momento do julgamento clínico em que o enfermeiro interpreta as informações, identifica problemas de saúde reais ou potenciais e formula os conceitos diagnósticos que orientarão o cuidado; **planejamento**, são definidos os resultados esperados e elaborado o plano

de cuidados individualizado, de acordo com as necessidades identificadas; **implementação**, que corresponde à execução das intervenções e ações planejadas com foco na promoção, prevenção e recuperação da saúde; e **evolução** de enfermagem envolve a avaliação dos resultados alcançados, possibilitando ajustes e readequações no plano de cuidados (Cofen, 2024).

Assim, o PE assegura a continuidade, a qualidade e a segurança do cuidado, ao mesmo tempo em que fortalece o registro sistemático das ações de enfermagem e a autonomia profissional, consolidando uma prática clínica fundamentada, resolutiva e humanizada (Azevedo *et al.*, 2019; Barros *et al.*, 2022; Penedo; Spiri, 2014).

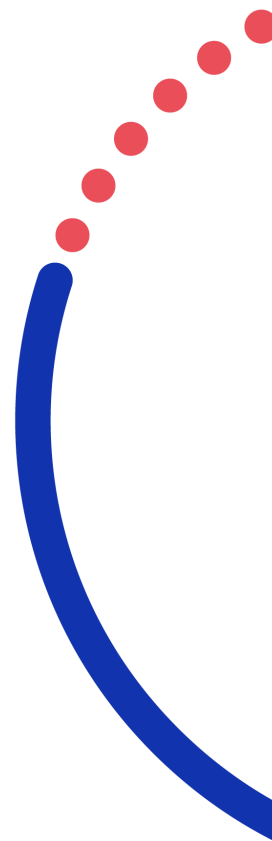
O “Protocolo de consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus na atenção primária à saúde do município de Monte Belo-MG” foi estruturado de forma sistematizada, fundamentando-se na TNHB de Wanda Horta e nas etapas do PE, conforme a Resolução Cofen nº 736/2024. Essa organização metodológica permitiu integrar dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, o que possibilitou uma abordagem integral, centrada na pessoa e orientada para o autocuidado e a promoção da saúde.

A construção do protocolo foi resultado de um processo coletivo e participativo desenvolvido com enfermeiros da rede municipal de APS de um município de Monte Belo-MG, norteado pelo referencial metodológico da PCA (Trentini; Paim; Silva, 2017; Trentini *et al.*, 2021; Trentini; Paim; Silva, 2023) Esse processo dialógico garantiu que o instrumento refletisse as demandas reais do território, valorizando os saberes locais e as experiências práticas dos profissionais. A integração entre a evidência científica e a realidade assistencial foi um dos eixos norteadores da elaboração do produto final.

O protocolo foi organizado em conformidade com as cinco etapas do PE, avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, de modo a orientar o raciocínio clínico e favorecer a continuidade do cuidado.

A etapa de avaliação foi estruturada como o ponto de partida da consulta, na qual abrangeu a coleta sistematizada de dados subjetivos e objetivos que possibilitam identificar as necessidades de saúde da pessoa com DM. O instrumento de coleta foi organizado de acordo com os eixos da TNHB, incluindo dados de identificação, histórico clínico, uso de medicamentos, hábitos de vida, estado nutricional, controle glicêmico, adesão terapêutica, prática de atividade física, condição dos pés e percepção de autocuidado. Foram incorporados parâmetros clínicos relevantes e marcadores laboratoriais, em consonância com as diretrizes nacionais e internacionais. Essa sistematização possibilita ao enfermeiro reconhecer fatores de risco, complicações instaladas e barreiras ao autocuidado, favorecendo uma avaliação ampla e contextualizada.

Com base nas informações obtidas na avaliação, a segunda etapa corresponde à formulação dos Diagnósticos de Enfermagem, elaborados com o suporte da CIPE®. Os diagnósticos foram selecionados de forma a refletir as necessidades humanas afetadas, permitindo identificar prioridades de cuidado e planejar intervenções direcionadas. Essa etapa foi construída de maneira coletiva, com a validação dos



enfermeiros participantes da pesquisa, assegurando a aplicabilidade e pertinência dos diagnósticos à realidade da APS.

O planejamento foi desenvolvido com base nos diagnósticos estabelecidos, definindo resultados esperados (RE) e intervenções de enfermagem (IE) correspondentes. Os resultados foram descritos em termos mensuráveis, visando a acompanhar a evolução clínica e o alcance das metas terapêuticas. As intervenções foram organizadas de acordo com os princípios da TNHB, integrando ações educativas, clínicas e de apoio psicossocial. Além disso, o protocolo incorporou orientações práticas voltadas à adesão ao tratamento medicamentoso, à automonitorização da glicemia, à alimentação saudável, ao cuidado com os pés e à importância da atividade física regular. O planejamento propõe, ainda, o envolvimento ativo da pessoa com DM no processo decisório, fortalecendo o protagonismo e a corresponsabilidade no autocuidado.

A implementação abrange a execução das intervenções previstas, articulando ações assistenciais, educativas e preventivas; o componente educativo é enfatizado como eixo transversal da consulta, abrangendo. Essa etapa representa a operacionalização do cuidado planejado, consolidando o vínculo profissional-usuário e promovendo um acompanhamento contínuo, humanizado e resolutivo.

E por fim, a evolução de enfermagem foi delineada para monitorar a resposta da pessoa às intervenções realizadas, a fim de permitir o registro sistemático da evolução clínica e o replanejamento das ações conforme as necessidades identificadas. O protocolo orienta que cada consulta subsequente seja pautada na análise dos resultados obtidos, considerando parâmetros clínicos e laboratoriais, adesão terapêutica e percepção da pessoa sobre seu tratamento. Essa etapa garante a continuidade do cuidado, o fortalecimento do vínculo e a consolidação de um acompanhamento longitudinal, em consonância com os princípios da Atenção Primária à Saúde.

Assim, o protocolo constitui-se em uma tecnologia assistencial voltada à qualificação da prática clínica e à consolidação da autonomia profissional do enfermeiro na APS. Ele representa um instrumento aplicável à realidade dos serviços municipais, com potencial para aprimorar o acompanhamento das pessoas com DM, fortalecer o vínculo profissional-usuário e promover a integralidade do cuidado no SUS.

**Assim, o protocolo constitui-se em uma tecnologia assistencial voltada à qualificação da prática clínica e à consolidação da autonomia profissional do enfermeiro na APS.**



## 1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (COLETA DE DADOS/INVESTIGAÇÃO):

### DOMÍNIO I: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS – DIMENSÃO PSICOBIOLOGICAS

#### IDENTIFICAÇÃO

##### 1. TIPO DE CONSULTA

Programada  Demanda Espontânea  Transferência  Domiciliar  Outra: \_\_\_\_\_

##### 2. DADOS PESSOAIS

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

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo:  Masculino  Feminino  Prefere não informar

Raça/Cor:  Branco  Preto  Pardo  Amarelo  Indígena  Prefere não informar

Estado civil:  Solteiro  Casado  União estável  Divorciado  Viúvo  Prefere não informar

##### 3. CONTATO E ENDEREÇO

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Contato telefônico: \_\_\_\_\_

##### 4. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade:  Sem escolaridade  Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Incompleto  Ensino Médio Completo

Ensino Superior Incompleto  Ensino Superior Completo  Prefere não informar

## DOMÍNIO I: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS – DIMENSÃO PSICOBIOLÓGICAS

### ANAMNESE:

1. QUEIXA PRINCIPAL (QP): \_\_\_\_\_

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: \_\_\_\_\_

2.1. Tempo de Diagnóstico:  < 1 ano  1 a 5 anos  6 a 10 anos  >10 anos  Não sabe

2.2. Presença de fatores de risco cardiovascular:

Fator de Risco	Presente?	Observações / Valores
Hipertensão arterial	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> PA ≥ 140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivo <input type="radio"/> Emergência hipertensiva- PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 120mmHg)
Dislipidemia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> LDL ≥ 100 mg/dL <input type="radio"/> HDL < 40 mg/dL homens e < 50 mg/dL mulheres) <input type="radio"/> TG > 150mg/dL
Tabagismo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Fuma atualmente ou há menos de 12 meses <input type="radio"/> Fuma atualmente há mais de 12 meses
Obesidade/Circunferência abdominal	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> ≥ 80cm (mulheres) <input type="radio"/> ≥ 94cm (homens)
Sedentarismo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não realiza atividade física regular
Histórico familiar de DAC precoce	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Parentes de 1º grau < 55 (homem) ou < 65 anos (mulher)
Albuminúria ou proteinúria	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	<input type="radio"/> Avaliação renal alterada
Hemoglobina Glicada (HbA1c) > 7%	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	<input type="radio"/> Mau controle glicêmico

2.3. Tratamento medicamentoso e adesão:

Medicamento	Dose	Horário	Via de Administração	Paciente sabe usar?	Observações
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

### 3. SINTOMAS ATUAIS/INTERCORRÊNCIAS (ÚLTIMA CONSULTA):

Sintoma	Presente?	Observações
Poliúria	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Polidipsia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Polifagia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Perda de peso	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Quanto:      kg (últimos meses)
Visão turva	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Prurido	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Localização:
Fadiga/cansaço	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Infecções de repetição	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Tipo/frequência:
Hipoglicemia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Hiperglicemia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Hospitalização recente	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

### 4. AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA:

Frequência	Horários Habituais	Valores Informados
<input type="radio"/> Não realiza		
<input type="radio"/> 1x/dia		
<input type="radio"/> 2x/dia		
<input type="radio"/> >2x/dia		

### 5. HISTÓRICO FAMILIAR:

Doença	Presença na família?	Parente acometido
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe informar	
Hipertensão Arterial	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe informar	
Dislipidemia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe informar	
Doença Cardiovascular (DAC)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe informar	
Acidente Vascular Encefálico	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe informar	
Insuficiência Renal Crônica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe informar	
Obesidade	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe informar	
Câncer (Tipo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe informar	
Outros (Especificar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe informar	

## 6. ESTILO DE VIDA:

### 6.1. Alimentação:

#### 6.1.1. Padrão alimentar:

- Regular, com refeições balanceadas  Irregular/pula refeições
- Alimentação rica em carboidratos simples  Consome verduras e legumes
- Consome alimentos por impulso/fome emocional  Faz dietas restritivas sem orientação
- Ingere líquidos:  < 1 litro/dia  1 a 2 litros/dia  > 2 litros/dia
- Tipo:  Água  Sucos  Refrigerantes  Outros: \_\_\_\_\_
- Outra \_\_\_\_\_

#### 6.1.2. Dificuldades com a alimentação:

- Sim  Não. Se sim, quais os motivos:  Pessoa que prepara os alimentos  Sem apetite
- Não sabe sobre alimentos que podem ser substituídos
- Não sabe sobre a quantidade que pode comer  Muitas restrições
- Outros motivos: \_\_\_\_\_

#### 6.1.3 Acompanhamento com nutricionista: Sim Não

Acompanhamento:  Esporádico  Adesão a dieta prescrita

### 6.2. Atividade física:

6.2.1. Realiza atividade física regularmente?  Sim  Não  Há pouco tempo? \_\_\_\_\_

#### 6.2.2. Tipo de atividade praticada:

- Caminhada  Corrida  Bicicleta  Dança  Musculação  Yoga/Pilates  Natação
- Outros: \_\_\_\_\_

#### 6.2.3. Frequência semanal:

- 1 vez/semana  2 a 3 vezes/semana  4 a 5 vezes/semana  Diariamente

#### 6.2.4. Duração média por sessão:

- < 30 minutos  30-60 minutos  > 60 minutos

#### 6.2.5. Barreiras para prática (se não pratica):

- Falta de tempo  Falta de motivação  Problemas de saúde/dor  Falta de apoio
- Outros: \_\_\_\_\_

### 6.3. Sono e repouso:

#### 6.3.1. Qualidade do sono:

- Boa (Acorda revigorado, sem dificuldades para dormir)
- Regular (Acorda algumas vezes durante a noite ou demora para adormecer)
- Ruim (Dificuldades constantes para dormir ou acorda frequentemente durante a noite)
- Muito ruim (Insônia ou outros distúrbios graves do sono)

#### 6.3.2. Uso de medicamentos para dormir:

- Sim. Quais medicamentos? \_\_\_\_\_
- Não  Uso ocasional de medicamentos sem prescrição

### 6.4. Tabagismo:

#### 6.4.1. Fuma atualmente? Sim Não

Se sim, qual o tipo?  Cigarro filtro/industrializado  Cigarro de palha/artesanal  Cigarro eletrônico

Outro: \_\_\_\_\_

#### 6.4.2. Carga tabágica (cigarros/dia)?

- Menos de 5  5 a 10  11 a 20  Mais de 20

#### 6.4.3. Há quanto tempo você fuma?

- < 1 ano  1 a 5 anos  6 a 10 anos  > 10 anos

#### 6.4.4. Já tentou parar de fumar? Sim Não

Se sim, recebeu acompanhamento?  Não  Sim, qual?  Medicação  Grupo de apoio

Outro: \_\_\_\_\_

#### 6.4.5. Você tem interesse em parar de fumar? Sim Não Talvez

#### 6.4.6. Quais foram as dificuldades encontradas nas tentativas de cessação?

- Vontade de fumar / compulsão  Estresse / ansiedade  Ganho de peso  Falta de apoio
- Outros (especificar): \_\_\_\_\_

### 6.5. Uso de álcool:

#### 6.5.1. Consome bebidas alcoólicas? Sim Não

#### 6.5.2. Frequência de consumo:

- Diariamente  3 a 4 vezes por semana  1 a 2 vezes por semana
- Menos de uma vez por semana  Somente em eventos sociais

## 7. AUTOCUIDADO:

Domínio de autocuidado	Descrição da Atividade	Avaliação
<b>Alimentação</b>	Alimentar de forma segura: mastigar, engolir, manusear utensílios, cortar alimentos e levar à boca.	<input type="radio"/> Independente <input type="radio"/> Parcialmente dependente <input type="radio"/> Dependente
<b>Vestuário</b>	Colocar e tirar roupas, escolher, pegar e guardar roupas, vestir-se de forma adequada.	<input type="radio"/> Independente <input type="radio"/> Parcialmente dependente <input type="radio"/> Dependente
<b>Higiene pessoal</b>	Lavar o corpo ou partes do corpo, utilizar itens de higiene, secar-se, acessar o banheiro com segurança. Realizar escovação dentária e limpeza da cavidade oral ou próteses, manusear escova e creme, acessar o banheiro. Realizar necessidades urinárias e evacuatórias em vaso sanitário, realizar higiene íntima, dar descarga, acessar o banheiro adequadamente.	<input type="radio"/> Independente <input type="radio"/> Parcialmente dependente <input type="radio"/> Dependente
<b>Atividades do autocuidado em Diabetes</b>	Administrar os medicamentos; automonitorar a glicemia; usar transporte; realizar compras; controlar o dinheiro.	<input type="radio"/> Independente <input type="radio"/> Parcialmente dependente <input type="radio"/> Dependente
<b>Deambulação e mobilidade</b>	Locomover de forma segura dentro e fora de casa, com ou sem dispositivos auxiliares.	<input type="radio"/> Independente <input type="radio"/> Parcialmente dependente <input type="radio"/> Dependente

## 8. VACINAÇÃO:

### 8.1. Avaliação da caderneta vacinal:

- Caderneta vacinal apresentada e avaliada     Necessidade de atualização identificada  
 Histórico vacinal completo registrado no prontuário

### 8.2. Vacinas recomendadas:

- Influenza (gripe)- Verificar se recebeu **1 dose anual**  
 Pneumocócica 23V (VPP23)- Verificar se esquema está completo (1ª dose após VPC13 e 2ª dose após 5 anos)  
 Hepatite B- Verificar esquema de 3 doses (0, 1 e 6 meses)  
 Difteria e tétano (dT)- Reforço a cada 10 anos  
 COVID-19- Verificar esquema completo e doses de reforço conforme cronograma do Programa Nacional de Imunização  
 Febre amarela-1 dose a partir dos 60 anos **somente com avaliação individual.**

Outra: \_\_\_\_\_

## 9. VIDA SEXUAL:

9.1. Tem vida sexual ativa?

Sim  Não

9.2. Queixas ou alterações na vida sexual:

Disfunção erétil  Redução da libido  Dor ou desconforto durante a relação sexual

Corrimento, prurido ou odor genital  Outra: \_\_\_\_\_

## 10. EXAMES LABORATORIAIS:

Exames	Data da coleta	Resultado
Glicemia de Jejum		
HbA1C		
Colesterol Total		
LDL		
HDL		
Triglicérides		
Creatinina		
Relação Albumina/Creatinina ou microalbuminúria		
TSH		
Urina 1		
Outro		

1

2

3

4

5



## 11. USO DE INSULINA:

### \*Item exclusivo para os pacientes em insulinização

#### Insulinização

Início de tratamento com insulina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autoaplicação da insulina:  Sim  Não. Se não, quem aplica:

Dificuldades para autoaplicação:  Diminuição da acuidade visual  Não sabe a técnica  
 Medo  Dor  Baixa cognição  
 Não aceitação do uso

Dose inicial e tipo de insulina prescrita:

Faz uso de:  Seringa de 50 UI  Seringa de 100 UI  
 Caneta descartável  Caneta recarregável

Houve orientação sobre os tipos de insulina (rápida, NPH)?  Sim  Não

Houve demonstração da técnica de aplicação?  Sim  Não  
Se sim:  Lavar as mãos  
 Preparar a insulina  Locais de aplicação  
 Rodízio dos locais (pedir para demonstrar)

Houve orientação sobre armazenamento adequado da insulina?  Sim  Não

Houve explicação sobre sinais e sintomas de hipoglicemia?  Sim  Não

Houve explicação de como agir em caso de hipoglicemia leve/moderada?  Sim  Não

Houve orientação sobre a importância da alimentação e atividade física?  Sim  Não

Foi fornecido insumo (agulhas, seringas, canetas)?  Sim  Não

Descarte dos insumos (seringas, agulhas e lancetas):  Caixa perfurocortante  Embalagem rígida  
 Outros:

Presença de lipodistrofia:  Não  Sim. Se sim, local:

## DOMÍNIO II: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS – DIMENSÃO PSICOSSOCIAIS

### ASPECTOS PSICOSSOCIAIS:

#### 1. ESTADO EMOCIONAL/ESTRESSE:

1.1. Como você tem se sentido emocionalmente nos últimos dias?

Muito feliz  Bem  Nervoso, irritado  Triste, desanimado  Ansioso  Depressivo

1.2. Você já foi diagnosticado com algum transtorno emocional (ansiedade, depressão)?

Sim  Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

1.3. Você já recebeu ou está recebendo tratamento para esses transtornos emocionais?

Sim  Não

Se sim, qual tratamento? \_\_\_\_\_

1.4. Como o seu estado emocional influencia no seu controle do diabetes?

Atrapalha o controle glicêmico  Não tem influência  Não sei

#### 2. SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR:

2.1. Você tem o apoio de familiares, amigos ou cuidador no cuidado com seu diabetes?

Sim  Não

Se sim, de quem?  Cônjuge/Parceiro(a)  Filhos  Pais  Amigos  Não tenho ajuda

Outro \_\_\_\_\_

2.2. Como seus familiares ou amigos te ajudam no controle do diabetes?

Acompanhamento nas consultas médicas  Ajudando com a alimentação saudável

Incentivando a prática de atividade física  Monitoramento da glicemia

Outro: \_\_\_\_\_

#### 3. ATIVIDADES DE LAZER E CONVÍVIO SOCIAL:

3.1 Participação em atividades de lazer:  Sim  Não

Se sim, qual a frequência?  Diariamente  Semanalmente  Raramente

Se não, por que?  Fadiga  Preocupações com glicemia  Falta de tempo  Preconceito

#### 4. IMPACTO DO DIABETES NA VIDA SOCIAL, PROFISSIONAL E FAMILIAR:

4.1. Impacto no trabalho:  Sim  Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

4.2. Impacto no convívio familiar:  Sim  Não

4.3. Impacto na vida social:  Sim  Não

#### 5. CONTEXTO SOCIOECONÔMICO

5.1. Situação de moradia:

Própria  Alugada  Vulnerabilidade (sem moradia fixa ou risco de perder a moradia)

5.2. Acesso a serviços de saúde:

Apenas serviços públicos  Serviços privados  Ambos  Nenhum acesso

5.3 Dificuldade financeira para tratamento:  Sim  Não  Às vezes

5.4 Dificuldade em adquirir alimentos saudáveis:  Sim  Não  Às vezes

5.5 Acesso a transporte para consultas/exames:  Sim  Não  Às vezes

### DOMÍNIO III: NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS – DIMENSÃO PSICOESPIRITUAL

#### ASPECTOS CULTURAIS E ESPIRITUAIS:

##### 1. RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE:

1.1. Você segue alguma religião ou prática espiritual?  Sim  Não

1.2. Como essas práticas religiosas ou espirituais influenciam seu bem-estar e saúde?

Sentimento de paz e conforto  Aumento da força emocional para lidar com a doença

Apoio na adesão ao tratamento  Outro \_\_\_\_\_

#### DOMÍNIO IV: CONHECIMENTO, PERCEPÇÃO E NECESSIDADES RELACIONADAS AO DIABETES

##### AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE O DIABETES MELLITUS:

Aspecto avaliado	Perguntas	Respostas/Observações
<b>Nível de conhecimento</b>	O que você sabe sobre o diabetes?	<input type="radio"/> Entende o que é o diabetes <input type="radio"/> Tem alguma ideia do que pode causar a doença (complicações) <input type="radio"/> Sabe identificar sinais de hipoglicemia e hiperglicemia <input type="radio"/> Não sabe identificar sinais de complicações <input type="radio"/> Não sabe
	Como você acredita que o diabetes afeta o seu corpo e a sua saúde?	<input type="radio"/> Sabe os efeitos do diabetes a longo prazo (complicações) <input type="radio"/> Não sabe muito sobre as consequências do diabetes
<b>Conhecimento sobre tratamento</b>	Você sabe como controlar o diabetes?	<input type="radio"/> Sabe o uso correto de medicamentos <input type="radio"/> Não sabe os detalhes do tratamento
	Você entende como a alimentação e o exercício físico podem ajudar no controle do diabetes?	<input type="radio"/> Tem conhecimento sobre dieta e atividade física recomendadas para o controle glicêmico <input type="radio"/> Não sabe
<b>Compreensão sobre automonitorização</b>	Você sabe como monitorar sua glicemia corretamente?	<input type="radio"/> Sabe a técnica correta de automonitorização <input type="radio"/> Não sabe ou tem dúvidas sobre o procedimento
<b>Adesão ao tratamento e autocuidado</b>	Você se sente capaz de seguir o tratamento recomendado (medicação, dieta, exercícios)?	<input type="radio"/> Se sente capaz de seguir o tratamento <input type="radio"/> Tem dificuldades para seguir as orientações ou não sabe por onde começar
	Você tem dúvidas sobre como fazer o controle da glicemia, os horários e as doses dos medicamentos?	<input type="radio"/> Não tem dúvidas sobre medicação e horários <input type="radio"/> Tem dúvidas ou dificuldade em seguir as orientações do tratamento

## DOMÍNIO V: AVALIAÇÃO CLÍNICA SISTEMATIZADA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

### EXAME FÍSICO

#### GERAL:

1. **ESTADO GERAL:**  Bom  Regular  Ruim Observações: \_\_\_\_\_

2. **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**  Alerta  Sonolento  Confuso  Inconsciente

3. **ORIENTAÇÃO (TEMPO, ESPAÇO, PESSOA):**  Orientado  Parcialmente orientado  Desorientado

#### 4. COMUNICAÇÃO VERBAL:

Clara  Dificultada  Ausente  Comprometida (especificar): \_\_\_\_\_

5. **HIGIENE PESSOAL E APARÊNCIA:**  Adequada  Inadequada

Observações: \_\_\_\_\_

6. **POSTURA E MOBILIDADE:**  Deambulando sem auxílio  Com auxílio  Acamado

#### SINAIS VITAIS:

Parâmetro	Valor
Pressão arterial (braço direito)	mmHg
Pressão arterial (braço esquerdo)	mmHg
Frequência Cardíaca (FC)	bpm
Frequência Respiratória (FR)	irpm
Temperatura corporal	°C
Saturação de Oxigênio	%

#### ANTROPOMETRIA:

Parâmetro	Valor	Classificação	Observações
Peso	Kg	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sobrepeso <input type="radio"/> Obesidade	
Ganho/perda de peso no último ano:	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Quanto: Kg	
Altura	m		
IMC	kg/m <sup>2</sup>	<input type="radio"/> Menor que 18,5- Abaixo do peso <input type="radio"/> Entre 18,5 e 24,9- Normal <input type="radio"/> Entre 25 e 29,9- Sobrepeso <input type="radio"/> Obesidade- Igual ou acima de 30	
Circunferência abdominal	cm	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Aumentada <input type="radio"/> RCV	≤ 80cm (mulher) ≤ 94cm (homem)

CABEÇA E PESCOÇO:

Aspecto Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações Clínicas
<b>Couro cabeludo e cabelos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Afinação capilar <input type="radio"/> Queda localizada <input type="radio"/> Lesões ou infecções
<b>Olhos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Visão turva <input type="radio"/> Secreções <input type="radio"/> Sinais de retinopatia
<b>*Avaliação oftalmológica:</b>			<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Se sim, data: ___/___/___
<b>*Exame de fundo de olho:</b>			<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Se sim, data: ___/___/___
<b>Conjuntivas</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hiperemia <input type="radio"/> Ressecamento <input type="radio"/> Hipocorada <input type="radio"/> Secreção
<b>Ouvidos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Audição diminuída <input type="radio"/> Sinais de infecção, secreção
<b>Cavidade oral</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hálito cetônico <input type="radio"/> Xerostomia <input type="radio"/> Candidíase oral <input type="radio"/> Gingivite <input type="radio"/> Lesões na mucosa <input type="radio"/> Estado dentário deficiente <input type="radio"/> Uso de prótese
<b>*Consulta/Exame odontológico:</b>			<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Data da última vez: ___/___/___
<b>Língua</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Desidratação <input type="radio"/> Presença de saburra <input type="radio"/> Presença infecção fúngica
<b>Pescoço</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Assimétrico <input type="radio"/> Com limitação <input type="radio"/> Presença de linfonodomegalia <input type="radio"/> Dor à palpação <input type="radio"/> Aumento de volume <input type="radio"/> Nódulos <input type="radio"/> Alterações de mobilidade (tireoide)

PELE E MUCOSAS:

Aspecto Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações Clínicas
<b>Coloração da pele</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Palidez <input type="radio"/> Cianose <input type="radio"/> Rubor <input type="radio"/> Hiperpigmentação
<b>Hidratação da pele</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ressecamento <input type="radio"/> Descamação <input type="radio"/> Áspera <input type="radio"/> Craquelada
<b>Integridade da pele</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Presença de lesões/úlceras <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Xantomas <input type="radio"/> Acantose nigricans <input type="radio"/> Eczema <input type="radio"/> Lipoatrofias <input type="radio"/> Hipo/hipertrofia
<b>Temperatura da pele</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Fria <input type="radio"/> Quente
<b>Turgor</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Diminuído <input type="radio"/> Edema
<b>Presença de micoses/ infecções</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Intertrigo <input type="radio"/> Candidíase <input type="radio"/> Onicomicose <input type="radio"/> Foliculite
<b>Cicatrização de lesões</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sinais de infecção local Outro _____

APARELHO CARDIOPULMONAR:

Item Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações
Ritmo Cardíaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Irregular
Bulhas Cardíacas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sopros <input type="radio"/> Abafadas
Perfusão periférica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Diminuída/ preenchimento capilar <2 segundos
Expansibilidade torácica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Assimétrica
Ruídos respiratórios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ruídos adventícios (crepitações, sibilos)
Sinais de esforço respiratório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Presente (tiragem, batimentos de asa nasal, musculatura acessória)
Tosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Produtiva <input type="radio"/> Seca
Dispneia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Aos esforços <input type="radio"/> Em repouso

ABDOME:

Item Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações
Aparelho gastrointestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Constipação <input type="radio"/> Diarreia <input type="radio"/> Retardo no esvaziamento gástrico <input type="radio"/> Empachamento
Inspeção abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cicatrizes <input type="radio"/> Abaulamentos <input type="radio"/> Lesões
Presença de ruídos hidroaéreos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Aumentados <input type="radio"/> Diminuídos <input type="radio"/> Ausentes
Palpação superficial e profunda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Dor <input type="radio"/> Massas <input type="radio"/> Rigidez/ defesa
Presença de dor à palpação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Localização: Tipo: Intensidade:
Percussão abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Timpanismo anormal <input type="radio"/> Macicez anormal
Aparelho geniturinário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Poliúria <input type="radio"/> Disúria <input type="radio"/> Infecções recorrentes <input type="radio"/> Jato urinário fraco <input type="radio"/> Tenesmo vesical <input type="radio"/> Vulvovaginites (candidíase)

### PÉS:

#### AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA

Item Avaliado	Normal	Alterado	Descrição da Alteração / Observações
<b>Inspeção da pele e unhas</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ressecada <input type="radio"/> Fissuras <input type="radio"/> Calosidades <input type="radio"/> Bolhas <input type="radio"/> Deformidades <input type="radio"/> Unhas espessadas <input type="radio"/> Corte de unha inadequado <input type="radio"/> Lesões/feridas/úlceras <input type="radio"/> Brilhante <input type="radio"/> Fina <input type="radio"/> Necrose
<b>Coloração e temperatura da pele</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pálida <input type="radio"/> Cianótica <input type="radio"/> Dermatite ocre <input type="radio"/> Fria <input type="radio"/> Quente
<b>Espaço interdigital</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Lesões esfoliativas <input type="radio"/> Maceração <input type="radio"/> Hiperemia
<b>Pilificação</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Diminuída <input type="radio"/> Ausente
<b>Número de pododáctilo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Especificar _____

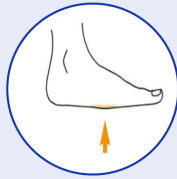
#### DEFORMIDADE ÓSSEA

PÉ NEUROPÁTICO  
TIPO CAVUS



SIM    NÃO

PÉ DE CHARCOT  
(ARCO DESABADO)



SIM    NÃO

VALGISMO



SIM    NÃO

DEDOS EM GARRA



SIM    NÃO

Fonte: International Working Group on the Diabetic Foot- IWGDF, 2023.

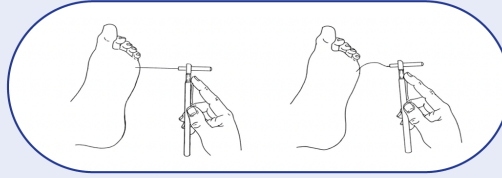
#### AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE PROTETORA

MÉTODO COM MONOFILAMENTO SEMMES-WEINSTEIN 10G

Locais que devem ser testados  
(Halux, 1º e 5º metatarsos)



Método adequado de uso do monofilamento  
Semmes-Weinstein 10g



Fonte: IWGDF, 2023.

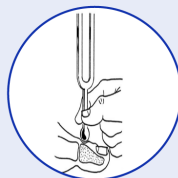
Perda de Sensibilidade Protetora (PSP)- pelo menos um ponto sem sensibilidade:

SIM    NÃO

### **AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE VIBRATÓRIA**

MÉTODO COM DIAPASÃO DE 128 HZ

- Presente pé direito e esquerdo
- Ausente ou diminuído à direita
- Ausente ou diminuído à esquerda



Fonte: Fonte: IWGDF, 2023.

### **AVALIAÇÃO DE DOR NEUROPÁTICA**

#### **1. LOCALIZAÇÃO DA DOR:**

- Pé bilateral  Pé unilateral \_\_\_\_\_  Perna bilateral  Perna unilateral \_\_\_\_\_

#### **2. SINTOMAS NEUROPÁTICOS:**

- Queimação  Dormência  Formigamento  Dor (pontada, agulhada, facada, alodínia)
- Alteração da percepção de temperatura  Fadiga  Cãimbras

#### **3. CARACTERÍSTICAS DA DOR:**

- Piora noturna  Piora diurna  Diurna e noturna  Melhora ao caminhar
- Piora ao caminhar  Melhora com a elevação do membro  Melhora com a descida do membro

#### **4. INTENSIDADE DA DOR (ESCALA VISUAL ANALÓGICA NUMÉRICA): \_\_\_\_\_**

### **AVALIAÇÃO ARTERIAL**

PÉ DIREITO:

Pulso arterial pedioso:  Presente  Diminuído  Ausente

Pulso arterial tibial:  Presente  Diminuído  Ausente

PÉ ESQUERDO:

Pulso arterial pedioso:  Presente  Diminuído  Ausente

Pulso arterial tibial:  Presente  Diminuído  Ausente

### **ÚLCERAS:**

Histórico de úlceras:  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_

Úlcera ativa:  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_

História de amputação:  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_

Fatores de risco para DAP:  Idade > 40 anos  Diabetes Mellitus > 10 anos  Hipertensão  
 Hiperlipidemia  Doença Aterosclerótica  Nefropatia  Retinopatia  
 Tabagismo  Sedentarismo  Excesso de peso  Mau controle glicêmico  
 Cuidado inadequado com os pés (higiene, calçados)

Teste de Buerger (paciente deitado, perna elevada à 45°):  Positivo  Negativo

Índice Tornozelo-Braço (ITB):  Normal (Entre 0,9 e 1,3 seg)  Alterado (<0,9 seg- sugestivo de DAP)

\*Normal: não descartar DAP em pessoas com DM de longa data e/ou em diálise se a avaliação global for sugestiva.

#### SISTEMA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E FREQUÊNCIA DE TRIAGEM DE PÉ

Categoria	Risco	Características	Frequência
0	Muito Baixo	Sem LOPS e sem sinais de PAD	Anual
1	Baixo	LOPS ou PAD	Uma vez a cada 6-12 meses
2	Moderado	LOPS + PAD ou LOPS + deformidade do pé ou DAP + deformidade do pé	Uma vez a cada 3-6 meses
3	Alto	LOPS ou PAD e um ou mais dos seguintes: história de úlcera no pé, amputação de membro inferior e doença renal terminal	Uma vez a cada 1-3 meses

Nota: LOPS = Perda da Sensação Protetora; DAP = Doença Arterial Periférica;  
Fonte: IWGDF, 2023

## 2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

### NECESSIDADES PSICOBiolÓGICA

Diagnóstico de Enfermagem	Foco	Julgamento	Código CIPE®
<b>Glicemia</b>			
Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais	Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais (DC)	Presente	10033685
Hiperglicemia	Glicemia	Aumentada	10027550
Hipoglicemia	Glicemia	Diminuída	10027566
<b>Hidratação/Eliminação</b>			
Desidratação	Desidratação	Presente	10041876
Função Renal, Prejudicada	Função Renal, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10023169
<b>Terapêutica/Adesão</b>			
Não Adesão ao Regime medicamentoso	Não Adesão ao Regime medicamentoso	Presente	10025189
Conhecimento sobre Regime Medicamentoso	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso	Insuficiente	10021918
Problema com Aquisição de Medicação	Problema com Aquisição de Medicação (DC)	Presente	10043074
<b>Alimentação</b>			
Conhecimento sobre Regime Dietético	Conhecimento sobre Regime Dietético	Insuficiente	10021902
Adesão ao Regime Dietético	Adesão ao Regime Dietético	Prejudicada	10030312
Obesidade	Obesidade	Presente	10013457
Sobrepeso	Sobrepeso	Presente	10013899
<b>Gastrointestinal</b>			
Função do Sistema Gastrointestinal, Prejudicada	Função do Sistema Gastrointestinal, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10022931
<b>Neurosensorial</b>			
Percepção Tátil, Prejudicada	Percepção Tátil, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10022619
Dor	Dor	Presente	10013950
Visão, Prejudicada	Visão, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10022748
Sono, Prejudicado	Sono, Prejudicado	Prejudicado	10012929

<b>Mobilidade</b>			
Mobilidade, Prejudicada	Mobilidade, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10001219
Risco de Queda	Risco de Queda	Risco	10015122
<b>Pele/ Pés</b>			
Integridade da Pele, Prejudicada	Integridade da Pele, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10001290
Risco de Úlcera de Pé Diabético	Risco de Úlcera de Pé Diabético (DC)	Risco	10042666
Úlcera de Pé Diabético	Úlcera de Pé Diabético	Presente	10042650
<b>Respiratório</b>			
Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	Função do Sistema Respiratório, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10023362
<b>Cardiovascular</b>			
Função Cardíaca, Prejudicada	Função Cardíaca, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10037305
Pressão Arterial, Alterada	Pressão Arterial, Alterada (DC)	Alterada	10022954
Perfusão Tissular Periférica, Prejudicada	Perfusão Tissular Periférica, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10044239
Edema Periférico	Edema Periférico	Presente	10027476
<b>Psicológico/emocional/comportamental</b>			
Fadiga	Fadiga	Presente	10007717
Estresse	Estresse	Presente	10018888
Aceitação da Condição de Saúde, Prejudicada	Aceitação da Condição de Saúde, Prejudicada (DC)	Prejudicada	10029480
Processo de Enfrentamento, Prejudicado	Processo de Enfrentamento, Prejudicado	Prejudicado	10012647
<b>Exercício Físico</b>			
Adesão ao Regime de Exercício Físico	Adesão ao Regime de Exercício Físico	Prejudicado	10030320
<b>Estilo de vida/Comportamento de saúde</b>			
Abuso de Tabaco (ou de Fumo)	Abuso de Tabaco (ou de Fumo)	Presente	10019766
Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	Presente	10002137
Condição Oral (ou Bucal), Prejudicada	Condição Oral (ou Bucal), Prejudicada (DC)	Prejudicada	10051419
Não Adesão ao Regime de Imunização	Não Adesão ao Regime de Imunização	Presente	10032178

#### Sexualidade

Desempenho Sexual, Prejudicado	Desempenho Sexual, Prejudicado (DC)	Prejudicado	10001288
--------------------------------	-------------------------------------	-------------	----------

#### Socioeconômico

Problema Habitacional	Problema Habitacional	Presente	10029904
-----------------------	-----------------------	----------	----------

Problema Financeiro	Problema Financeiro	Presente	10029860
---------------------	---------------------	----------	----------

#### Cognitiva/educacional

Cognição, Prejudicada	Cognição, Prejudicada	Prejudicada	10012610
-----------------------	-----------------------	-------------	----------

Problema de Literacia	Problema de Literacia (DC)	Presente	10022559
-----------------------	----------------------------	----------	----------

#### NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Diagnóstico de Enfermagem	Foco	Julgamento	Código CIPE®
---------------------------	------	------------	--------------

##### Familiar/Social

Falta de Apoio Social	Falta de Apoio Social (DC)	Presente	10022753
-----------------------	----------------------------	----------	----------

#### NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Diagnóstico de Enfermagem	Foco	Julgamento	Código CIPE®
---------------------------	------	------------	--------------

##### Espiritualidade/Religiosidade

Crença Espiritual, Conflituosa	Crença Espiritual, Conflituosa (DC)	Presente	10022769
--------------------------------	-------------------------------------	----------	----------

Crença Religiosa, Conflituosa	Crença Religiosa, Conflituosa (DC)	Presente	10021757
-------------------------------	------------------------------------	----------	----------

### 3. PLANEJAMENTO/IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM:

#### NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados e Intervenções
<b>Glicemia</b>	
	<p>Resultado esperado    Intervenção</p>
<p><input type="radio"/> <b>Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais</b></p>	<p><input type="radio"/> Confirmar o controle glicêmico.</p> <p><input type="radio"/> Orientar sobre a importância do AMGC em domicílio ou na unidade de saúde.</p> <p><input type="radio"/> Orientar sobre o uso correto do glicosímetro.</p> <p><input type="radio"/> Verificar resultados de AMGC.</p> <p><input type="radio"/> Orientar/Reforçar as metas glicêmicas (pré-prandial, pós-prandial e ao dormir).</p> <p><b>*Metas: GC em jejum entre 80-130 mg/dL; GC 2 h após o início das refeições &lt; 180 mg/dL; GC ao deitar entre 90-150mg/dL.</b></p> <p><input type="radio"/> Orientar sobre sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.</p> <p><input type="radio"/> Verificar adesão ao tratamento (dieta, exercícios físicos, medicação).</p> <p><input type="radio"/> Realizar educação em saúde acerca do diabetes e comportamentos para manter o controle e autocuidado.</p> <p><input type="radio"/> Encaminhar para nutricionista, educador físico e médico, conforme avaliação clínica e de risco.</p> <p><b>*Recomendada a meta de HbA1c &lt; 7,0% para todos os indivíduos com diabetes, para prevenção de complicações microvasculares, desde que não incorra em hipoglicemias graves e frequentes.</b></p> <p><b>*Recomendado que idosos com DM, função cognitiva e status funcional preservados e/ou comorbidades não limitantes tenham alvos de HbA1c entre 7,0 e 7,5%.</b></p> <p><b>*Em idosos com DM, com objetivo de evitar hipoglicemia, uma meta de HbA1c &lt; 8,0% deve ser considerada quando houver status funcional comprometido, síndrome de fragilidade, presença de comorbidades que limitem a expectativa de vida e/ou alteração da função cognitiva.</b></p>
<p><input type="radio"/> <b>Hiperglicemia</b></p>	<p><b>Hiperglicemia aguda/grave:</b></p> <p><input type="radio"/> Verificar sinais/sintomas de gravidade como náuseas, vômitos, dor abdominal, desidratação, hálito cetônico, taquipneia, hipotensão, alterações do nível de consciência.</p> <p><input type="radio"/> Monitorar a glicemia capilar.</p> <p><input type="radio"/> Reforçar a hidratação hídrica.</p> <p><input type="radio"/> Administrar insulina, de acordo com ajuste da prescrição. Encaminhar para serviço de urgência, caso necessário.</p>

Hiperglicemia

Nível de Glicose  
Sanguínea, nos  
Limites Normais

**Hiperglicemia**

- Verificar se assintomático ou sintomático (boca seca, sede excessiva, poliúria, enurese; emagrecimento, náusea, dor abdominal, desidratação, fadiga, fraqueza, sonolência e visão turva).
- Avaliar presença/intensidade de sintomas, se necessário encaminhar para avaliação médica.
- Verificar resultados de AMGC.
- Orientar sobre o uso correto do glicosímetro.
- Orientar/Reforçar as metas glicêmicas (pré-prandial, pós-prandial e ao dormir).
- Orientar sobre a importância do AMGC em domicílio ou na unidade de saúde.
- Identificar as causas/fatores precursores da hiperglicemia.
- Orientar/Reforçar comportamentos para manter o controle e autocuidado para prevenção da hiperglicemia: acompanhamento, exames periódico e adesão ao tratamento.
- Rastrear as complicações crônicas.
- Encaminhar para profissionais de apoio, conforme avaliação clínica e de risco.

Hipoglicemia

Nível de Glicose  
Sanguínea, nos  
Limites Normais

**Hipoglicemia (GC < 70 e < 54 mg/dl)**

- Verificar sinais como tonturas, alterações do nível de consciência e impossibilidade de ingestão via oral.
- Verificar resultados de AMGC.
- Se necessário, encaminhar para avaliação médica imediata. Gerenciar hipoglicemia.

**\*Ingerir fonte de carboidrato de rápida absorção e em caso de rebaixamento do nível de consciência, colocar a pessoa em posição de conforto, lateralizar a cabeça e se possível, esfregar 15 a 30 gramas de açúcar ou mel na face interna da bochecha, enquanto aguarda o serviço de emergência.**

**Hidratação/Eliminação**

Desidratação

Hidratação  
adequada

- Verificar glicemia capilar.
- Orientar sobre a importância do AMGC no domicílio.
- Avaliar Sinais Vitais: PA, FC, FR e temperatura.
- Avaliar e acompanhar sinais e sintomas: mucosas orais e língua, turgor cutâneo, globo ocular, perfusão tissular, sede intensa, poliúria, redução do débito urinário (em fases mais avançadas), fraqueza, fadiga, letargia, tontura, câibras musculares, cefaleia, alterações do nível de consciência ou confusão mental.
- Identificar as causas desencadeantes da desidratação (vômito, diarreia, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar, febre, medicamentos-d diuréticos).

1

2

3

4

5



**Desidratação**

Hidratação adequada

- Orientar sobre ingestão hídrica, sobre reposição rápida de líquidos via oral.
- Orientar sobre dificuldade de acesso a líquidos ou deglutição.
- Orientar a procura do serviço de saúde, se não houver melhora da clínica.

**Função Renal, Prejudicada**

Função renal eficaz

- Avaliar função renal: TFGe, Albuminúria; Controle Glicêmico e Pressórico: HbA1c, PA e anemia.
- Verificar sinais/sintomas de disfunção renal: edema, fadiga, alterações urinárias.
- Identificar fatores de piora da função renal, como medicações nefrotóxicas.
- Orientar e reforçar hábitos de vida, dieta (sódio, proteína, fósforo, potássio, lipídio), hidratação, tabagismo.
- Reforçar metas de controle intensivo de glicemia e PA.
- Garantir o acesso à informação e a continuidade do cuidado.
- Encaminhar para tratamento especializado, se necessário.

**Terapêutica/Adesão**

**Não Adesão ao Regime medicamentoso**

Adesão ao regime medicamentoso

**Conhecimento sobre Regime Medicamentoso**

Conhecimento sobre Regime Medicamentoso

**Problema com Aquisição de Medicação**

- Identificar causas/barreiras: esquecimento, efeitos colaterais, custo, crenças, dificuldades de compreensão, rotina (socioeconômicas, culturais, cognitivas).
- Verificar conhecimento sobre medicamentos (nome, dose, horário, finalidade).
- Explicar a importância de doses, horários e conservação dos medicamentos.
- Observar, ensinar e orientar habilidades práticas sobre preparo, aplicação, armazenamento e transporte de insulina; e descarte de perfurocortantes.
- Reforçar importância da adesão medicamentosa para o controle do diabetes e prevenção de complicações; e realização de consultas (programação/marcação).
- Explicar receita médica, verificar compreensão e esclarecer dúvidas.
- Orientar, verificar e manejar efeitos colaterais e interação medicamentosa.
- Pactuar e avaliar metas realistas.
- Estabelecer estratégias para facilitar o uso adequado da medicação (lembretes, caixas organizadoras, alarmes, aplicativos).
- Monitorar adesão e glicemia regularmente.
- Reavaliar e ajustar plano terapêutico com médico, conforme necessário.
- Realizar encaminhamento (farmacêutico, psicólogo), conforme necessidade.
- Orientar sobre os fluxos regulatórios para acesso a medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS.

1

2

3

4

5



### Alimentação

**Adesão ao Regime Dietético**

**Conhecimento sobre Regime Dietético**

Adesão ao Regime Dietético

**Obesidade**

**Sobrepeso**

- Avaliar conhecimento prévio sobre alimentação adequada. Identificar barreiras à adesão (socioeconômica, culturais, emocionais, cognitivas).
- Orientar sobre o plano alimentar individualizado conforme orientação da equipe multiprofissional.
- Incentivar o fracionamento das refeições e escolha de alimentos com baixo índice glicêmico.
- Orientar sobre a importância de evitar açúcares simples e alimentos ultraprocessados.
- Incentivar o consumo de fibras.
- Orientar sobre uso de adoçantes.
- Estimular hidratação adequada.
- Orientar sobre técnicas culinárias saudáveis (evitar frituras, preferir cozidos e assados).
- Estimular a leitura de rótulos e controle de porções.
- Envolver a família/cuidadores no plano alimentar.
- Estimular o registro diário da alimentação.
- Agendar retornos para reavaliação e reforço da adesão.
- Encaminhar para nutricionista, se necessário.
- Acompanhar peso, IMC e exames laboratoriais.

### Gastrointestinal

**Função do Sistema Gastrointestinal, Prejudicada**

Função do sistema gastrointestinal eficaz

- Avaliar presença de sintomas gastrointestinais (constipação, náusea, diarreia, distensão, refluxo).
- Identificar, verificar e acompanhar medicamentos/efeitos colaterais que interferem na função GI (metformina).
- Avaliar padrão intestinal e hábitos alimentares.
- Estimular aumento da ingestão de fibras (frutas, verduras).
- Estimular consumo adequado de água diariamente.
- Orientar fracionamento de refeições.
- Incentivar mastigação adequada e alimentação lenta.
- Orientar sobre alimentos que pioram os sintomas GI (gordurosos, cafeína, bebidas gasosas).
- Orientar sobre a prática regular de atividade física para estímulo do peristaltismo.
- Orientar sobre higiene e preparo adequado dos alimentos (água potável para consumo; ferver ou tratar com solução de hipoclorito de sódio).
- Orientar sobre a importância da regularidade nos horários das refeições.
- Registrar e monitorar evolução dos sintomas e hábitos intestinais.
- Encaminhar para nutricionista e/ou gastroenterologista, se necessário.

### Neurosensorial

**Percepção Tátil, Prejudicada**

Percepção Tátil, eficaz

- Testar a sensibilidade protetora (teste do monofilamento, vibratória).
- Verificar queixas de dormência, formigamento, queimação ou perda de sensibilidade.
- Avaliar integridade da pele e dos pés.
- Orientar autoavaliação diária dos pés.
- Ensinar cuidados com a higiene e hidratação dos pés (sem umidade entre os dedos).
- Orientar corte adequado das unhas (reto, não remover cantos e cutículas, uso de lixa).
- Orientar uso de calçados fechados, confortáveis, com proteção adequado e com ajuste (velcro/cadarço) e solado semirrígido; usar meias de algodão, sem costura grossa ou elástico apertado.
- Evitar chinelos, sandálias abertas e salto fino; e andar descalço.
- Inspecionar o calçado antes de usar.
- Estimular o controle glicêmico.
- Encaminhar para avaliação especializada, se necessário.
- Fornecer material educativo com imagens e orientações práticas.
- Reforçar importância do acompanhamento regular.

**Dor**

Controle da dor

- Avaliar localização, intensidade, duração e características da dor (usar escala numérica ou visual).
- Investigar relação da dor com complicações do diabetes (neuropatia, infecção, alterações musculoesqueléticas).
- Avaliar fatores desencadeantes e atenuantes da dor.
- Registrar histórico de uso de analgésicos e resposta ao tratamento
- Monitorar efeitos adversos de medicamentos (metformina e dor abdominal).
- Orientar sobre medidas não farmacológicas (compressas, repouso, exercícios leves, alongamentos).
- Incentivar prática regular de atividade física adaptada.
- Estimular controle glicêmico adequado para prevenção da dor neuropática.
- Encaminhar para equipe multiprofissional (fisioterapia, psicologia, neurologia), se necessário.
- Agendar acompanhamento e reavaliação periódica da dor.

1

2

3

4

5



<input type="radio"/> <b>Visão, Prejudicada</b>	Visão, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Avaliar queixas visuais (embaçamento, dificuldade para ler, dor ocular)</li> <li><input type="radio"/> Investigar histórico de retinopatia diabética ou outras alterações oculares.</li> <li><input type="radio"/> Orientar sobre a importância do controle glicêmico e pressórico para prevenir complicações.</li> <li><input type="radio"/> Verificar se há encaminhamento e adesão ao acompanhamento oftalmológico.</li> <li><input type="radio"/> Orientar sobre sinais de alerta (manchas na visão, perda súbita da visão, visão dupla).</li> <li><input type="radio"/> Avaliar impacto da limitação visual na realização do autocuidado (uso de medicamentos, aplicação de insulina, leitura de rótulos).</li> </ul>
-------------------------------------------------	---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="radio"/> <b>Sono, Prejudicado</b>	Sono, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Investigar fatores/causas clínicas e emocionais associadas ao sono prejudicado (hipoglicemia noturna, dor, ansiedade, climatério).</li> <li><input type="radio"/> Avaliar uso de medicamentos e substâncias que interferem no sono (caféina, álcool, chá, estimulantes).</li> <li><input type="radio"/> Monitorar padrão de sono, nível de fadiga e energia para atividades diárias.</li> <li><input type="radio"/> Avaliar horários de aplicação de insulina e sintomas noturnos (hipoglicemia, poliúria).</li> <li><input type="radio"/> Estabelecer rotina regular para as atividades diurnas e horários fixos para dormir/acordar.</li> </ul>
------------------------------------------------	--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Mobilidade

<input type="radio"/> <b>Mobilidade, Prejudicada</b>	Mobilidade, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Orientar técnica correta de deambulação e uso de dispositivos auxiliares (muletas, bengalas, andadores, cadeiras de rodas).</li> <li><input type="radio"/> Orientar prevenção de quedas e acidentes domésticos.</li> <li><input type="radio"/> Informar sobre uso de calçados adequados.</li> </ul>
<input type="radio"/> <b>Risco de Queda</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Avaliar e estimular exercícios para fortalecimento muscular e equilíbrio.</li> <li><input type="radio"/> Encaminhar para fisioterapia, se necessário.</li> <li>Estimular apoio familiar para assistência na mobilidade</li> </ul>

#### Pele/ Pés

<input type="radio"/> <b>Integridade da Pele, Prejudicada</b>	Integridade da Pele, preservada	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Avaliar integridade da pele e áreas de risco.</li> <li><input type="radio"/> Orientar cuidados diários com os pés e higiene (inspeção).</li> <li><input type="radio"/> Promover hidratação da pele para evitar ressecamento.</li> </ul>
<input type="radio"/> <b>Risco de lesão</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Orientar uso de calçados adequados, confortáveis e fechados, evitar andar descalço, sandálias abertas e salto fino.</li> <li><input type="radio"/> Incentivar controle rigoroso da glicemia para evitar complicações.</li> </ul>

1

2

3

4

5



**Risco de pé diabético**

Prevenir úlcera de pé diabético

**Úlcera de Pé Diabético**

- Orientar sobre o autocuidado com os pés.
- Orientar sobre a higiene diária dos pés; hidratar os pés após o banho (evitar entre os dedos); manter espaços interdigitais secos e limpos; orientar corte de unhas adequado, sem remover cantos ou cutículas.
- Ensinar inspeção diária dos pés e sinais de alerta: calos, bolhas, micoses, rachaduras.
- Avaliar pés anualmente para risco de ulceração.
- Avaliar sensibilidade com monofilamento, diapasão.
- Verificar pulsos pediosos e tibiais posteriores e presença de edema.
- Avaliar sinais de comprometimento arterial: claudicação, dor em repouso, pés frios, pele alterada.
- Medir ITB (Índice Tornozelo-Braço).
- Encaminhar para avaliação médica em caso de alterações vasculares/ITB alterado.
- Recomendar autoavaliação diária dos pés; cuidados com a higiene e hidratação dos pés (sem umidade entre os dedos); corte adequado das unhas (reto, não remover cantos e cutículas, uso de lixa); calçados fechados, confortáveis, proteção adequada, com ajuste (velcro/cadarço) e solado semirrígido; usar meias de algodão, sem costura grossa ou elástico apertado; evitar chinelos, sandálias abertas e salto fino; e andar descalço; inspecionar o calçado antes de usar; higiene do calçado.

**Respiratório**

**Função do Sistema Respiratório, Prejudicada**

Função do Sistema Respiratório, eficaz

- Avaliar padrão respiratório: frequência, ritmo, profundidade e presença de ruídos anormais.
- Monitorar saturação de oxigênio, sinais de hipóxia e esforço respiratório.
- Avaliar histórico de doenças respiratórias associadas (DPOC, asma, infecções respiratórias).
- Identificar sinais precoces de infecção respiratória (tosse, febre, secreção).
- Orientar sobre importância do controle glicêmico para prevenir infecções pulmonares.
- Estimular hidratação adequada para fluidificar secreções.
- Verificar se há uso de medicamentos broncodilatadores ou inaladores; orientar sobre uso correto.
- Identificar e eliminar fatores ambientais que comprometam a função respiratória (fumaça, poeira, mofo).
- Orientar sobre abandono do tabagismo e oferecer apoio.
- Encaminhar para atendimento médico caso haja sinais de piora clínica ou suspeita de infecção.

### Cardiovascular

**Função Cardíaca,  
Prejudicada**

Função Cardíaca,  
eficaz

**Edema Periférico**

- Avaliar sinais vitais (PA, FC, FR) e sintomas de sobrecarga cardíaca (dispneia, edema, fadiga, dor torácica).
- Monitorar glicemia capilar e orientar sobre metas glicêmicas para reduzir RCV.
- Avaliar presença de edema em membros inferiores e ganho de peso súbito.
- Incentivar adesão ao tratamento medicamentoso conforme prescrição médica (hipoglicemiantes, anti-hipertensivos, estatinas).
- Estimular alimentação balanceada (pobre em sal, gorduras e açúcares), conforme orientação nutricional.
- Orientar prática de atividade física regular e leve.
- Verificar sinais de má perfusão (extremidades frias, cianose, tontura).
- Incentivar abandono do tabagismo e redução do consumo de álcool.
- Realizar avaliação de risco cardiovascular (obesidade, sedentarismo, histórico familiar).
- Orientar sobre sinais de alerta para procurar serviço médico: dor torácica, dispneia intensa, palpitações, síncope.
- Encaminhar para avaliação médica em caso de piora clínica, sinais de insuficiência cardíaca ou pressão descontrolada.

**Pressão Arterial,  
Alterada**

Controle da  
pressão arterial

- Aferir PA em todas as consultas com técnica correta.
- Monitorar variações da PA ao longo do tempo.
- Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso prescrito.
- Orientar sobre importância do uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos.
- Estimular alimentação saudável (restrição de sal, gordura).
- Orientar sobre prática regular de atividade física leve a moderada, conforme tolerância.
- Incentivar controle do peso corporal e IMC.
- Estimular redução/abandono do consumo de álcool e cessação do tabagismo.
- Avaliar sinais de lesões em órgãos-alvo (retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia).
- Verificar uso de medicamentos que possam interferir na PA (anti-inflamatórios, descongestionantes).
- Encaminhar para avaliação médica em caso de PA persistentemente elevada ou sintomas associados (cefaleia intensa, tontura, dor torácica).

1

2

3

4

5



**Perfusão Tissular  
Periférica, Prejudicada**

Perfusão Tissular  
Periférica,  
preservada

- Avaliar: temperatura, coloração da pele, tempo de preenchimento capilar, presença de pulsos periféricos.
- Verificar presença de dor em repouso, claudicação intermitente, cianose, palidez, edema ou extremidades frias.
- Aferir e monitorar pressão arterial e controle glicêmico.
- Avaliar sinais de neuropatia e comprometimento vascular (unhas quebradiças, ausência de pelos, pele ressecada).
- Estimular prática de atividade física leve para promover circulação, conforme capacidade do paciente.
- Avaliar o Índice Tornozelo-Braço (ITB), para rastrear DAP.
- Encaminhar para avaliação médica em caso de sinais de isquemia, úlceras, ITB alterado ou ausência de pulsos periféricos.

**Perfusão Tissular  
Periférica, Prejudicada**

Perfusão Tissular  
Periférica,  
preservada

- Orientar sobre os riscos do tabagismo para a circulação periférica.
- Monitorar aderência ao tratamento prescrito (antidiabéticos, anti-hipertensivos, antiplaquetários, estatinas).
- Realizar encaminhamento para avaliação vascular, se necessário.

**Psicológico/emocional/comportamental**

**Fadiga**

Fadiga melhorada

- Avaliar intensidade, frequência e fatores desencadeantes.
- Verificar condições associadas (controle glicêmico, anemia, sono, dor, depressão).
- Orientar sobre importância do descanso adequado e higiene do sono.
- Incentivar prática gradual e regular de exercícios físicos conforme tolerância.
- Promover alimentação equilibrada e hidratação adequada.

**Estresse**

Estresse melhorado

- Avaliar fontes e intensidade do estresse. Incentivar prática regular de atividade física.
- Orientar sobre a influência do estresse no controle do diabetes. Orientar sobre a importância da inclusão social (comunidade, igreja).
- Encaminhamento para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, se necessário.

**Processo de  
Enfrentamento, Prejudicado**

Processo de  
Enfrentamento,  
eficaz

- Avaliar como o paciente percebe e reage ao diagnóstico de diabetes.
- Identificar sentimentos como negação, raiva, culpa ou desânimo relacionados à condição.

**Aceitação da Condição  
de Saúde, Prejudicada**

Aceitação da  
condição

- Fornecer informações sobre o diabetes, tratamento e autocuidado, de acordo com o nível de compreensão.
- Reforçar o papel ativo do paciente no controle da doença.

1

2

3

4

5



### Exercício Físico

**Adesão ao Regime de Exercício Físico**

Adesão ao Regime de Exercício Físico

- Avaliar hábitos atuais de atividade física e limitações.
- Orientar sobre os benefícios do exercício na gestão do diabetes e prevenção de complicações.
- Estratégias para superar barreiras.

### Estilo de vida/Comportamento de saúde

**Abuso de Tabaco (ou de Fumo)**

Abuso de Tabaco, diminuído ou interrompido

- Avaliar o padrão e intensidade do consumo de tabaco.
- Orientar sobre benefícios da cessação do tabagismo para a saúde e controle da doença.
- Identificar barreiras e motivadores para a cessação.
- Encaminhar para programas de cessação do tabagismo ou grupos de apoio.

**Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)**

Abuso de Álcool, diminuído ou interrompido

- Avaliar padrão e frequência do consumo de álcool.
- Estimular a busca por mudanças comportamentais e estratégias de enfrentamento saudáveis.
- Encaminhar para grupos de apoio, psicólogo ou serviço especializado em dependência química.

**Condição Oral (ou Bucal), Prejudicada**

Condição Oral (ou Bucal), melhorada

- Avaliar a cavidade oral (lesões, gengivite, sangramentos, xerostomia, cáries e próteses mal ajustadas).
- Orientar sobre a relação entre diabetes descompensado e aumento do risco de infecções bucais.
- Encaminhar para avaliação odontológica regular.

**Não Adesão ao Regime de Imunização**

Adesão ao Regime de Imunização

- Verificar situação vacinal atual da pessoa com base no calendário do PNI.
- Informar sobre a importância da imunização.
- Agendar ou encaminhar para a unidade de vacinação e reforçar a importância do retorno.
- Estimular vacinação no adulto.

### Sexualidade

**Desempenho Sexual, Prejudicado**

Desempenho Sexual, melhorado

- Identificar alterações sexuais relatadas (disfunção erétil, diminuição da libido, dor, insatisfação).
- Orientar sobre a relação entre controle glicêmico e função sexual.
- Encaminhar para avaliação médica (urologia, ginecologia ou endocrinologia), e psicologia, se necessário.

1

2

3

4

5



### Socioeconômico

- |                                                    |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> <b>Problema Habitacional</b> | Apoio ao problema habitacional | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Identificar condições de moradia: ausência de casa, habitação inadequada, insalubridade, superlotação ou risco social.</li> <li><input type="radio"/> Avaliar impacto das condições habitacionais sobre o controle do diabetes (armazenamento de insulina, alimentação, higiene).</li> <li><input type="radio"/> Encaminhar para equipe de assistência social.</li> <li><input type="radio"/> Realizar visitas domiciliares, se for possível e indicado, em parceria com a equipe multiprofissional.</li> </ul> |
| <input type="radio"/> <b>Problema Financeiro</b>   | Apoio ao problema financeiro   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Identificar barreiras econômicas que afetam o cuidado (acesso a medicamentos, alimentação adequada, transporte, consultas).</li> <li><input type="radio"/> Verificar se a pessoa está cadastrada em programas de assistência farmacêutica gratuita.</li> <li><input type="radio"/> Orientar sobre direitos garantidos pelo SUS para pessoas com diabetes (insumos, exames, atendimentos).</li> </ul>                                                                                                            |

### Cognitiva/educacional

- |                                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> <b>Cognição, Prejudicada</b> | Cognição, eficaz     | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Avaliar o grau de comprometimento cognitivo (memória, atenção, linguagem, raciocínio).</li> <li><input type="radio"/> Identificar fatores que contribuem: hipoglicemia frequente, hiperglicemia, medicamentos, idade, doenças associadas.</li> <li><input type="radio"/> Observar capacidade para compreender e seguir orientações de saúde.</li> <li><input type="radio"/> Envolver cuidadores ou familiares nas orientações, quando necessário.</li> <li><input type="radio"/> Reforçar orientações importantes em todas as consultas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="radio"/> <b>Problema de Literacia</b> | Literacia, melhorada | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Avaliar o nível de compreensão do paciente sobre sua condição, tratamento e orientações de saúde.</li> <li><input type="radio"/> Identificar dificuldades em ler, interpretar ou seguir instruções escritas, rótulos de medicamentos, receitas.</li> <li><input type="radio"/> Utilizar linguagem simples, direta e acessível em todas as orientações.</li> <li><input type="radio"/> Utilizar recursos visuais para facilitar a compreensão.</li> <li><input type="radio"/> Demonstrar procedimentos (aplicação de insulina, uso de glicosímetro).</li> <li><input type="radio"/> Confirmar a compreensão usando a técnica de teach-back (ensinar de volta).</li> <li><input type="radio"/> Envolver familiares ou cuidadores no processo educativo, quando necessário.</li> </ul> |

## NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados e Intervenções
<b>Familiar/Social</b>	
<input type="radio"/> <b>Falta de Apoio Social</b>	<p>Apoio Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Avaliar a rede de apoio familiar, comunitária e social do paciente.</li> <li><input type="radio"/> Identificar barreiras para o acesso ao apoio social (isolamento, dificuldades financeiras, distância).</li> <li><input type="radio"/> Estimular o paciente a estabelecer ou fortalecer vínculos sociais e familiares.</li> <li><input type="radio"/> Orientar familiares e cuidadores sobre a importância do suporte contínuo no manejo do diabetes.</li> </ul>

## NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados e Intervenções
<b>Espiritualidade/Religiosidade</b>	
<input type="radio"/> <b>Crença Espiritual, Conflituosa</b>	<p>Crença Espiritual, eficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Estimular a reflexão sobre formas de fé que fortaleçam o autocuidado e o bem-estar.</li> </ul>
<input type="radio"/> <b>Crença Religiosa, Conflituosa</b>	<p>Crença Religiosa, eficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Identificar falas ou comportamentos que indiquem sentimentos de culpa, punição ou negação da doença com base na fé.</li> <li><input type="radio"/> Incentivar a busca por apoio espiritual ou religioso que estimulem o cuidado com a saúde.</li> </ul>

## 5. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Nesta etapa, é avaliado a resposta/progresso da pessoa com DM em relação ao plano de cuidados instituído, com vistas a monitorar os indicadores de resultados, como:

- Acompanhamento das metas e resultados do tratamento, a cada consulta.
- Avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem.
- Ajuste do plano de cuidados, se necessário.
- Registro da evolução em prontuário.

Deste modo, serão avaliados os seguintes itens de evolução no que concerne ao melhor controle da doença:

- Níveis de HbA1c < 7% (Meta glicêmica)
- Pressão arterial < 140/90mmHg/Pessoas com RCV elevado < 130/80 mmHg (meta)
- LDL- Risco Muito Alto (DCV estabelecida): < 50 mg/dL;  
Risco Alto (DM tipo 1 ou 2 com ≥ 1 fator de risco ou lesão de órgão-alvo): < 70 mg/dL;  
Risco Intermediário (DM tipo 2 > 40 anos ou DM tipo 1 > 30 anos, sem outros fatores de risco): < 100 mg/dL;  
Risco Baixo: <130 mg/dL.
- HDL- > 40 mg/dL (homens) e >50 mg/dL (mulheres)
- Triglicérides- <150 mg/dL (desejável)
- IMC- Ideal: 18,5 - 24,9 kg/m<sup>2</sup>
- Circunferência abdominal- Circunferência ≤80cm (mulheres) e ≤94cm (homens)
- Ausência de complicações (Hipoglicemia, hiperglicemia, retinopatia, nefropatia, pé diabético)
- Adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso)
- Autocuidado
- Compreensão acerca da doença, do tratamento e dos cuidados com a saúde.
- Ajuste do plano de cuidados, conforme necessário, com base nos resultados da avaliação e nas necessidades da pessoa com DM.
- Qualidade de vida (psicobiológica, psicossocial e psicocultural)
- Registros de Enfermagem no prontuário.

Outra: \_\_\_\_\_



## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. S. S. et al. Cuidado de enfermagem ao paciente com diabetes fundamentado na Teoria de King. *Rev Bras Enferm.*, v. 71, n. 3, p. 1092-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0268>. Acesso em: 20 jun. 2023
- ARGENTA, C. et al. Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem. In: ARGENTA, C.; ADAMY, E. K.; BITENCOURT, J. V. O. V., eds. *Processo de enfermagem: história e teoria*. Chapecó: Editora UFFS, 2020, p. 26-46. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786586545234.0002>. Acesso em: 18 abr. 2023.
- ARGENTA, C.; ADAMY, E. K.; BITENCOURT, J. V. O. V. *Processo de enfermagem: história e teoria*. Chapecó: Editora UFFS, 2020, 129 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/w58cn>. Acesso em: 18 abr. 2023.
- ASSUNÇÃO, M. R. S. et al. Avaliação da implantação da assistência às pessoas com Diabetes mellitus na atenção básica. *Rev enferm UERJ*, v. 30, e66069, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/66069/43488>. Acesso em: 18 jun. 2023.
- AZEVEDO, O. A. et al. Documentation of the nursing process in public health institutions. *Rev Esc Enferm USP*, v. 53, e03471, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NxpGwW8HpCfjVN7JhcsHfSd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2023.
- BARROS, A. L. B. L. et al. Nursing Process in the Brazilian context: reflection on its concept and legislation. *Rev Bras Enferm.*, v. 75, n. 6, e20210898, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0898>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- BEAL, C. M. P. et al. Cuidado de indivíduos com diabetes mellitus: a consulta de enfermagem na perspectiva de enfermeiras. *Rev Enferm. UFSM*, v. 10, n. e92, p.1-24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769242737>. Acesso em: 05 maio 2023.
- BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e Teorias na Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, n. 1, p. 144-8, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BpDkhRpD4mz5mw39sm6bQk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jun. 2023.
- BRANDÃO, M. A. G. et al. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. *Rev Bras Enferm.*, v. 72, n. 2, p. 577-81, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3brMKjSs5RzRq8Hf9JNy4Cn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 08 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellit\\_us\\_cab36.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellit_us_cab36.pdf). Acesso em: 05 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 08 out. 2021.
- CARVALHO, E. C.; CRUZ, D.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v. 66, n. esp, p. 134-41, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFfttpGjYpwTxM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2023.



- CARVALHO, C. M. G.; CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. *Rev Bras Enferm.*, v. 70, n. 2, p. 430-5, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0308>. Acesso em: 04 jun. 2023.
- CHAVES, F. A.; TORRES, H.C.; CHIANCA, T.C. M. Terminology subset for the International Classification of Nursing Practice in Diabetes Mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.32, e4188, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/r3NC94tX-vmVxw4ZYMkGHXtp/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2025
- CIANCIARULLO, T. W. Teoria das necessidades humanas básicas: um marco indelével na enfermagem brasileira. *Rev Esc Enf. da USP*, v. 21, p. 100-7, 1987. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bLrHQKZ53GztGkwyVKxZS3S/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2023.
- CLARES, J. W. B. et al. Subset of nursing diagnoses for the elderly in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*, v. 50, n. 2, p. 270-6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/d6x4ZWXN3czxZdnc4JQH4Tg/?lang=en>. Acesso em: 17 jun. 2023.
- CLARES, J. W. B.; GUEDES, M. V. C.; FREITAS, M. C. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em dissertações e teses brasileiras. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 22, p. 56262, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/56262>. Acesso em: 29 jun. 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 09 maio 2024.
- CUBAS, M. R.; GARCIA, T. R. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: enunciados do sistema de informações da Associação Brasileira de Enfermagem (SiABEn). São Paulo: Artmed; 2021.
- CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; TORRES, H. C. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em insulinoterapia. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 30, n. 3, p. 552-57, 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/7987>. Acesso em: 10 out. 2021.
- DANTAS, M. J.; FIGUEIREDO, M. H.; GUEDES, V. Intervenções do enfermeiro de família na consulta de vigilância da diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 6, n. 1, e21084, 2022. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/27869>. Acesso em: 19 jun. 2023.
- DIAS, J. A. A.; DAVID, H. M. S. L.; VARGENS, O. M. C. Ciência, enfermagem e pensamento crítico- reflexões epistemológicas. *Rev enferm UFPE on line*, v. 10, n. Supl. 4, p. 3669-75, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11142>. Acesso em: 28 jun. 2023.
- FROTA, G. A. et al. Protocolo de enfermagem para monitorização glicêmica em pessoas hospitalizadas com diabetes mellitus tipo 2. *Cogitare Enfermagem*, v. 29, 2024. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/91849>. Acesso em: 03 jul. 2025.
- GARCIA, T. R.; BARTZ, C. C.; COENEN, A. M. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. GARCIA, T. R. organizador. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira*. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 24-36.
- GARCIA, T. R.; BARTZ, C. C.; COENEN, A. M. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In GARCIA, T. R. organizador. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2017*. Porto Alegre: Artmed, 2017. Cap. 2, p.24-39.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. *Acta Paul Enferm.*, v. 22, n. especial-70 Anos, p. 875-9, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MMXrXxrQT9JHcZnm4CwqPsf/>. Acesso em: 16 jun. 2023.



- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CUBAS, M. R. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. (Org.). Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed; 2020, p. 21-34.
- HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 8, n. 1, 1974. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/z3PMpv3bMNst7jCjH77WKLb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2023.
- HORTA, W. A. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1979.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES- ICN. Guidelines for ICNP® Catalogue Development. Geneva: International Council of Nurses, 2018. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Guidelines%20for%20ICNP%20Catalogue%20Development%202018.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2023.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Technical implementation guide. Geneva: International Council of Nurses, 2017. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP\\_Technical\\_Implementation\\_Guide.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP_Technical_Implementation_Guide.pdf). Acesso em: 02 jun. 2023.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 11th Ed. Brussels: IDF; 2025. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025>. Acesso em: 08 out. 2025.
- INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT-IWGF. Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease. 2023. Disponível em: <https://iwgdf.guidelines.org/guidelines-2023/>. Acesso em: 08 out. 2025.
- KAHL, C. et al. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. Rev Esc Enferm USP, v. 52, e03327, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/SqwXTP7RJYyh54rRLXHCrc/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2021.
- LAUTERTE, P. et al. Protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus na atenção primária. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 10, e72, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40638>. Acesso em: 23 jun. 2023.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzjyRTkBmxLQBtmX9mtK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2021.
- LAZARINI, W. S. et al. Um olhar sobre a autonomia: percepções de enfermeiras sobre suas práticas na atenção primária. Enferm Foco, v. 15, n. Supl 1, e-202407, 2024. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202407SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202407SUPL1.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202407SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202407SUPL1.pdf). Acesso em: 09 maio 2024.
- MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde colet., v. 23, n. 2, p. 431-35, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdNGmPZ6qRfKzRn4qZLXWRB/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2023.
- MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-150.
- MOURÃO NETTO, J. J.; DIAS, M. S. A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. Saúde em Redes, v. 2, n. 1, p. 65-72, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/655>. Acesso em: 17 out. 2021.
- NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. Rev Enferm UFSM, v. 2 n. 1, p. 182-189, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591>. Acesso em: 19 jun. 2023.



- PENEDO, R.M.; SPIRI, W. C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. *Acta Paul Enferm.*, v. 27, n. 1, p. 86-92, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/TSs4dwwQMB7BzrMPBcM9pKw/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- PIMENTA, C. A. M. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN-São Paulo: COREN-SP, 2017, p.11. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.
- QUERIDO, D. L. et al. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*, v. 53, e03522, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018030103522>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- RAMOS, N. M. et al. Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico. *Enferm. Foco*, v. 11, n. 2, p. 112-119, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2926>. Acesso em: 28 jun. 2023.
- SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. *Esc Anna Nery*, v. 22, n. 1, e20170262, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3CS9647q8VyMVL69QvTX3kk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2023.
- SANTOS, B. P. et al. The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories. *Rev Bras Enferm.*, v. 72, n. 2, p. 566-70, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>. Acesso em: 26 jun. 2023.
- SCHLOSSER, C. N. et al. Consulta de enfermagem para o uso de insulina: construção e validação de cenário de simulação. *Texto Contexto Enferm.*, v. 32, e20230097, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZqYgNZknkDGFxBcf8mNwwtg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2024.
- SILVA, H. C. D. A. et al. Construction and validation of nursing diagnoses for people with diabetic foot ulcers. *Rev Esc Enferm USP*, v. 56, e20220022, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0022en>. Acesso em: 19 jun. 2023.
- SILVA, A. K. A. et al. Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado de enfermagem das doenças crônicas não transmissíveis: scoping review. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v. 12, n. 3, p. 4195-4208, 2024. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1705>. Acesso em: 03 jul. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES- SBD. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Edição 2025 São Paulo: Editora Clannad, 2025. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 08 out. 2025.
- SOUZA, A. L. V. et al. Consulta de enfermagem no acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária em saúde. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: 2022. Disponível em: [https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/05/ebook\\_consulta\\_de\\_enfermagem.pdf](https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/05/ebook_consulta_de_enfermagem.pdf). Acesso em: 16 fev. 2024.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.
- TESTON, E. F. et al. Nursing appointment and cardiometabolic control of diabetics: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm.*, v. 70, n. 3, p. 468-74, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0352>. Acesso em: 23 jun. 2023.
- TOSO, B. R. G. O. et al. Práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária na região sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 45, e20230154, 2024. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/139798/91877>. Acesso em: 09 maio 2024.



TRENTINI, M. et al. Convergent care research and its qualification as scientific research. *Rev Bras Enferm.*, v. 74, n. 1, e20190657, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/revben/a/yZ9CcTP6mN6VWXpqKdk6f3p/?lang=en>. Acesso em: 19 jun. 2023.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 4, e1450017, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/X9TWwnJNhhq95tgVqMF8sG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. O Método da Pesquisa Convergente Assistencial. 4Ed. Porto Alegre: Moriá; 2023.

VASCONCELOS, D. S. O.; KISS, C. Reflexões Sobre a Usabilidade de Protocolos na Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento do Diabetes Mellitus. *Saúde Coletiva*, v.15, n.95, p.15616-15625, 2025. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3412>. Acesso em: 03 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classification of diabetes mellitus. World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325182>. Acesso em: 17 set. 2021.



# LITERATURA RECOMENDADA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellit\\_us\\_cab36.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellit_us_cab36.pdf). Acesso em: 05 set. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 09 maio 2024.
- PIMENTA, C. A. M. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN-São Paulo: COREN-SP, 2017, p.11. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES- SBD. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Edição 2025 São Paulo: Editora Clannad, 2025. Disponível: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 08 out. 2025.
- SOUZA, A. L. V. et al. Consulta de enfermagem no acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária em saúde. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: 2022. Disponível em: [https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/05/ebook\\_consulta\\_de\\_enfermagem.pdf](https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/05/ebook_consulta_de_enfermagem.pdf). Acesso em: 16 fev. 2024.
- TRENTINI, M. et al. Convergent care research and its qualification as scientific research. Rev Bras Enferm., v. 74, n. 1, e20190657, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/revben/a/yZ9CcTP6mN6VWXpqKdk6f3p/?lang=en>. Acesso em: 19 jun. 2023.
- TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. Texto Contexto Enferm, v. 26, n. 4, e1450017, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/X9TWwnJNhhq95tgVqMF8sG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classification of diabetes mellitus. World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325182>. Acesso em: 17 set. 2021.

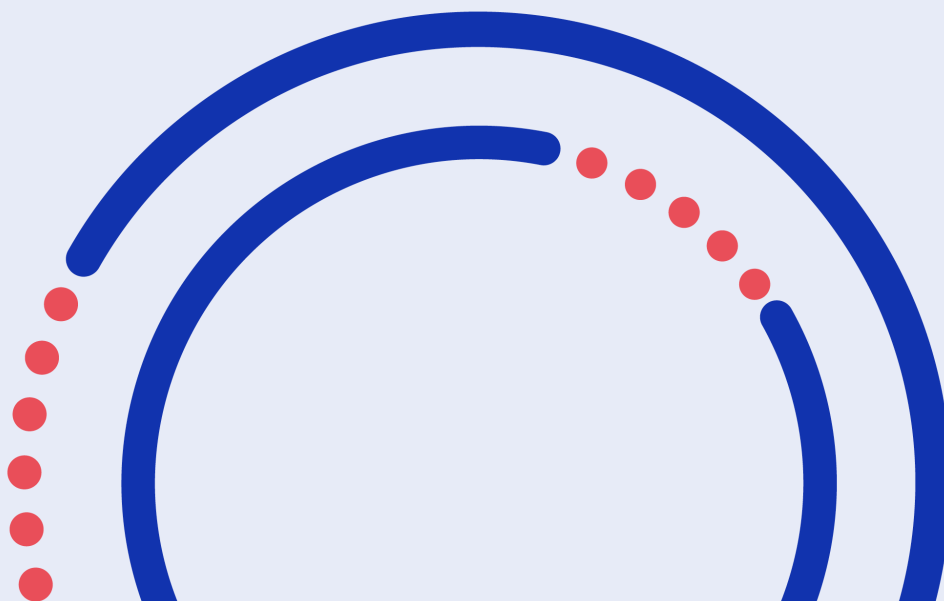


# AGRADECIMENTOS

A elaboração deste protocolo contou com a valiosa parceria da Prefeitura Municipal de Monte Belo, da Secretaria Municipal de Saúde e da Divisão de Atenção Integral à Saúde, que ofereceram suporte técnico e institucional fundamentais à realização deste trabalho.

Expressamos nosso sincero agradecimento e reconhecimento aos enfermeiros atuantes nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, integrantes das Estratégias Saúde da Família (ESF) e das Equipes de Atenção Primária (eAP), pela participação ativa, pelo compartilhamento de experiências e pela contribuição singular em todas as etapas do processo de construção coletiva deste protocolo.

Agradecemos, ainda, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro à pesquisa, que possibilitou o desenvolvimento desta produção técnico-científica e reforçou o compromisso com a qualificação da prática profissional de enfermagem e com o fortalecimento da atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.



Monte Belo/MG - 2025



## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71618023.5.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.323.785

##### Apresentação do Projeto:

O projeto se refere ao desenvolvimento de uma tese do curso de enfermagem, na qual objetiva-se desenvolver em conjunto com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do estado de Minas Gerais um protocolo de consulta de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial. Será realizado em quatro ESF, duas Equipes de Atenção Primária – eAPs modalidade I e um Centro de Saúde, totalizando todos os serviços de saúde da APS existentes no referido município. Os participantes do estudo serão compreendidos por oito enfermeiros, com os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que atuam nas ESF, no Centro de Saúde e nas eAPs, considerando a relevância de que o participante tenha a rotina na assistência à pessoa com DM. Não serão adotados critérios de exclusão ou de não inclusão, tendo em vista o número reduzido de enfermeiros que atuam nos serviços de saúde da APS do município. Para a coleta e análise dos dados serão respeitadas as quatro fases propostas no referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial: 1) realização da revisão de escopo acerca da temática; 2) seleção dos conteúdos de interesse para o protocolo; 3) desenvolvimento inicial/estruturante do protocolo; 4) entrevistas individuais com os participantes, por meio de roteiro de entrevista semiestruturado- serão gravadas e analisadas conforme Análise Temática de Bardin; e 5) grupos de convergência para discussão, avaliação e aprovação do

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.323.785

protocolo pelos participantes do estudo, será utilizado diário de campo para registro das informações.

**Objetivo da Pesquisa:**

1. Objetivo Primário: Desenvolver em conjunto com os enfermeiros da APS de um município do Sul do estado de Minas Gerais um protocolo de CE às pessoas com DM.

2. Objetivo Secundário:

- Mapear a literatura científica acerca da assistência durante a CE a pessoa com DM na APS;
- Analisar as experiências de enfermeiros sobre a CE a pessoa com DM na APS;
- Conhecer a assistência prestada pelos enfermeiros às pessoas com DM na CE

Análise do CEP:

Os objetivos são:

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto e exequíveis.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

1. Quanto aos riscos refere que o estudo implicará na disponibilidade de tempo para responder a entrevista semiestruturada e para participar dos grupos de convergência, e tem como riscos possíveis, desconfortos e/ou constrangimentos por socializar individualmente e em grupo a sua experiência e a sua rotina de trabalho, ou evocação de lembranças negativas desses momentos; medo, vergonha, estresse, cansaço, quebra de sigilo e invasão de privacidade; alterações de comportamento; desconforto emocional relacionado a presença do pesquisador; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre conduta e satisfação profissional; divulgação de dados confidenciais; interferência na vida e na rotina dos participantes; e embaraço de interagir com estranhos, medo de repercussões eventuais. Em relação às medidas minimizadoras dos riscos, será garantido aos participantes o sigilo em relação às suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, bem como o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, buscando oferecer uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito às necessárias para a pesquisa. Além disso, será garantido a não identificação nominal no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato, esclarecendo e informando a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.323.785

quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Assegurar a confidencialidade e a privacidade, a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em

termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Será garantida explicações necessárias para responder as questões. Ademais, será garantida a liberdade de se recusar a ingressar e de participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores, em que sua concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição e relação civil e social com a equipe de pesquisa e a Universidade de origem, em que as questões norteadoras só serão aplicadas após seu consentimento. Será garantido ao participante uma abordagem cautelosa, considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; promovendo sua privacidade em ambiente privativo, tranquilo e seguro. Se necessário receberá o suporte emocional da equipe de enfermagem, sendo a equipe executora.

Será garantido, o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual; que não haverá interferência dos pesquisadores nos procedimentos habituais do local de estudo ou na vida do participante. Será assegurado ao participante o direito

de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada; o instrumento de pesquisa somente será aplicado após o consentimento do participante. O pesquisador responsável deverá, após a conclusão da coleta de dados, fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Refere também que se necessário receberá o suporte emocional da equipe de enfermagem, sendo a equipe executora.

2. Como benefícios, a pesquisa terá a oportunidade de promover mudanças na atuação dos enfermeiros das ESF, ampliando as ações clínicas, por meio de um cuidado sistematizado durante a CE, uniformização das ações, maior autonomia, segurança e respaldo legal nas condutas e fortalecimento do trabalho do enfermeiro. E às pessoas, visa o enfrentamento da doença e sua adesão à terapêutica empregada, redução das complicações decorrentes do DM.

Análise do CEP:

- a. Descreve os riscos da participação do estudo e as medidas preventiva e minimizadora;
- b. Menciona os benefícios em participar do estudo.

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.323.785

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

1. Metodologia: Coerente com os objetivos do estudo. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Para a coleta e análise dos dados serão respeitadas as fases propostas no referencial metodológico da PCA. Para a elaboração do protocolo serão percorridas as seguintes etapas: 1) realização da revisão de escopo acerca da temática; 2) seleção dos conteúdos de interesse para o protocolo; 3) desenvolvimento inicial/estruturante do protocolo; 4) entrevistas individuais com os participantes (gravadas); e 5) grupos de convergência para discussão, avaliação e aprovação do protocolo pelos participantes do estudo. O recrutamento dos participantes do estudo será realizado de forma presencial, pela pesquisadora principal por meio de agendamento prévio, mediante ligação telefônica para as respectivas ESF. Os critérios de inclusão serão: enfermeiros que atuam nas ESF, no Centro de Saúde e nas eAPs, considerando a relevância de que o participante tenha a rotina na assistência à pessoa com DM. Não serão adotados critérios de exclusão ou de não inclusão, tendo em vista o número reduzido de enfermeiros que atuam nos serviços de saúde da APS do município. Para a análise dos dados serão respeitadas as fases propostas no referencial metodológico.

2. Referencial teórico da pesquisa - Está em consonância aos objetivos e com a metodologia proposta;

3. Cronograma de pesquisa: Presente e adequado, a coleta está prevista para o início em novembro de 2023;

4. Orçamento - Presente e adequado.

5. Bibliografia - Presente e adequada

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

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado;

2. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica;

3. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica;

4. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica;

5. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado (assinada pelo responsável da Instituição em que a pesquisa será realizada).

6. Folha de rosto - presente e adequada;

7. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL**



Continuação do Parecer: 6.323.785

**Recomendações:**

Não se aplica.

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

Recomenda-se a aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após análise, a Coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2181303.pdf	01/09/2023 10:59:42		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/09/2023 10:58:41	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.docx	31/08/2023 08:51:19	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	31/08/2023 08:46:25	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/08/2023 08:44:57	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECOMPROMISSO.pdf	24/07/2023 22:15:10	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Aceito
Outros	TAI.pdf	18/07/2023 11:29:25	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ALFENAS, 26 de Setembro de 2023

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Ana Cláudia Mesquita Garcia**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.323.785

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br