

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LUCIANA BATISTA DOS SANTOS

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM *DIABETES*
MELLITUS TIPO 2 EM CONSULTA AMBULATORIAL**

Porto Alegre

2009

LUCIANA BATISTA DOS SANTOS

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM *DIABETES*
MELLITUS TIPO 2 EM CONSULTA AMBULATORIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser submetido à avaliação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Dr^a Prof^a Elizeth Heldt

Porto Alegre

2009

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a minha família por me proporcionar condições para eu cursar a graduação nesta instituição de ensino.

Agradeço também aos colegas de curso e professores da Escola de Enfermagem pela parceria e compreensão. Em especial sou grata a minha professora orientadora Elizeth Heldt, que desde os primeiros semestres do curso, tanto como professora de disciplina como orientadora de iniciação científica, me oportunizou vivências e aprendizados inesperados, mostrando-se além de uma ótima mestre, uma grande companheira e amiga para longas conversas.

Por fim, sou grata a todos os membros das equipes de enfermagem com as quais tive a oportunidade de trabalhar junto durante a graduação, em estágios curriculares e extracurriculares, além de projetos de pesquisa, com destaque para as enfermeiras do Serviço de Enfermagem Pediátrica e de Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

RESUMO

O objetivo do trabalho foi identificar as intervenções de enfermagem a partir dos diagnósticos de enfermagem de pacientes que consultaram no programa de educação em *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2) no ambulatório de hospital geral e relacionar as características demográficas e clínicas da população atendida com as intervenções implementadas. Trata-se de um estudo transversal desenvolvido no período de outubro a novembro de 2008. As variáveis demográficas, as clínicas, os diagnósticos e as intervenções foram coletados ao final das 136 consultas de enfermagem. De um total de 136 pacientes que consultaram, 57% (n=77) eram do sexo feminino, a média de idade foi de 66 ($\pm 9,38$) anos e 96% (n=131) faziam uso de alguma medicação. As intervenções de enfermagem prescritas com maior ocorrência foram “Aconselhamento nutricional” em 73% (n=99), “Promoção do exercício” em 47% (n=64), e “Ensino: cuidados com os pés” em 35% (n=48). As intervenções foram associadas significativamente com os diagnósticos de enfermagem ($p < 0,05$) e não com as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com DM2. A implementação de intervenções a partir dos diagnósticos de enfermagem prioritários pode ser uma ferramenta para auxiliar no controle metabólico de pacientes com DM2 na consulta de enfermagem, e fortalece a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem em ambulatório.

Descritores: Diabetes Mellitus, consulta de enfermagem, cuidado de enfermagem, diagnósticos de enfermagem.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente vascular encefálico
DE	Diagnóstico de enfermagem
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DM1	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 1
DM2	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association - International</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Freqüência dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a taxonomia da NANDA-I (n=136)	20
Tabela 2:	Associação entre diagnósticos e intervenções em consulta de enfermagem ambulatorial	21
Tabela 3:	Associação entre intervenções de enfermagem e características sociodemográficas e clínicas	22

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
	3.1 Processo de enfermagem	11
	3.2 Consulta de enfermagem	12
	3.3 <i>Diabetes Mellitus</i>	13
	3.4 Educação em <i>Diabetes Mellitus</i>	16
4	MÉTODO.....	17
5	RESULTADOS.....	19
6	DISCUSSÃO.....	23
7	CONCLUSÕES.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26
	APÊNDICE - Protocolo de coleta de dados.....	30
	ANEXO 1 – Carta de Aprovação da Pesquisa (HCPA).....	31
	ANEXO 2 – Carta de Aprovação da Pesquisa (COMPESQ).....	32
	ANEXO 3 – Termo de compromisso para análise de dados.....	33

1 INTRODUÇÃO

A *Diabetes Mellitus* (DM) compreende um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia) resultantes de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas que controla o nível de glicose no sangue ao regular a produção e o armazenamento de glicose (SMELTZER; BARE, 2005).

Tratando-se a DM de uma doença de caráter crônico e geralmente associada a outras patologias que comprometem significativamente a qualidade de vida das pessoas afetadas, faz-se necessária uma atenção diferenciada à educação em saúde com relação à doença, seus sintomas e tratamento (SCAIN *et al*, 2007; 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, há cerca de seis milhões de portadores de DM no Brasil, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. A prevalência na população adulta (acima de 18 anos) é, em média, de 5,2% e chega a 18,6% na população acima de 65 anos (BRASIL, 2006). Em 2007, 3,8 milhões de homens e mulheres no mundo morreram por causas relacionadas à DM, representando assim 6% da mortalidade mundial (IDF, 2009).

O fato de a DM estar associada a outras complicações, como no coração, rins, olhos e pés, o tratamento medicamentoso e as debilitações físicas decorrentes compõem um alto custo pessoal, social e financeiro para a sociedade e os sistemas de saúde, tendo assim um impacto econômico mundial (IDF, 2009).

A consulta de enfermagem tem evidenciado uma prática que visa contribuir com a resolutividade das necessidades de saúde dos clientes que o procuram. Proporciona um espaço de envolvimento com a saúde e o bem-estar do paciente, resultando na construção de vínculos que facilitam as mudanças de comportamento ou estilo de vida dos usuários, na sua maioria portadores de doenças crônicas (TASCA *et al*, 2006).

Desse modo, a consulta de enfermagem pode ser um meio de prover o cuidado integral ao portador de DM. A consulta e a prescrição da assistência de enfermagem cabem privativamente ao enfermeiro de acordo com a lei do exercício profissional - nº 7.498, Art.11 (BRASIL, 2002). A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é fundamentada no método científico,

integrando etapas que se interrelacionam, sendo dinâmicas à consecução do cuidado de enfermagem (SANTOS; PASKULIN; CROSSETI, 2006). A SAE compreende as etapas de identificação de problemas através de anamnese e exame físico, de estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, elaboração de um plano de cuidados visando sua implementação e de avaliação dos resultados.

O diagnóstico de enfermagem segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) compreende o julgamento clínico das respostas dos indivíduos, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a intervenção de enfermagem, a fim de atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA-I, 2009). Pretende-se com os diagnósticos descrever de que forma a saúde do cliente está comprometida e quais os fatores que contribuíram para este comprometimento. Como consequência, o planejamento e implementação do cuidado de enfermagem é individualizado, auxiliando efetivamente na melhoria da situação de saúde (BENEDET; BUB, 1998).

A *Nursing Interventions Classification* (NIC) é um sistema de classificações de intervenções de enfermagem e apresenta relação com a classificação diagnóstica da NANDA-I. Desta forma a identificação das intervenções ocorre a partir do estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem, de modo a classificar o cuidado prestado com uma linguagem padronizada para propiciar uma sistematização das informações e da assistência de enfermagem à saúde (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2008).

Devido à continuidade do tratamento e dos cuidados relacionados à DM tipo 2 (DM2), é fundamental a identificação das complicações de saúde enfrentadas. Por exemplo, um estudo prévio identificou a “Integridade da pele prejudicada”, “Risco para infecção”, “Comportamento de busca de saúde”, “Padrão do sono perturbado”, “Dor crônica” e “Risco para disfunção neurovascular periférica” como sendo os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em população com DM2. De acordo com os problemas identificados, o tratamento intensivo do DM2 começa com as orientações dietéticas e de exercício, passa pelas associações de medicamentos e insulinoterapia intensificada entre outras ações, sendo necessário o conhecimento sobre as ferramentas de autocuidado para as decisões diárias no cotidiano do paciente (BECKER; TEIXEIRA; ZANETTI, 2008). Entretanto, estudos sobre as intervenções de enfermagem

visando o autocuidado em pacientes diabéticos durante a consulta de enfermagem em ambulatório ainda são escassos.

A partir da experiência como bolsista de iniciação científica do projeto de pesquisa “Diagnósticos e intervenções em consulta de enfermagem no ambulatório de hospital geral” foi possível perceber a necessidade da identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem em consulta vinculada ao programa de educação em DM2 a fim de sistematizar e qualificar a assistência de enfermagem em ambulatório.

O presente projeto pretende identificar as intervenções de enfermagem prescritas a partir de diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes que consultaram no programa de educação em DM2 no ambulatório de um hospital geral e verificar se as variáveis sócio-demográficas e clínicas estão associadas com a SAE.

2 OBJETIVOS

Os objetivos do trabalho são:

- Identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes que consultaram no programa de educação em *Diabetes Mellitus* no ambulatório de hospital geral.
- Estabelecer as intervenções de enfermagem a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados.
- Verificar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas da população atendida com as intervenções implementadas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Contextualizando o tema, serão abordados referenciais quanto ao processo de enfermagem, consulta de enfermagem e DM (epidemiologia, fisiopatologia, tratamento e prognóstico).

3.1 Processo de enfermagem

O processo de enfermagem é uma variação do raciocínio científico que ajuda o enfermeiro a conceituar, organizar e sistematizar a prática de enfermagem (IYER; TAPTICH; BERNOCHCHI, 1993). Consolida-se na prática clínica e orienta o trabalho do profissional de enfermagem para coletar dados, identificar as necessidades de cuidados, propor intervenções e avaliar os resultados dos cuidados que realiza. Sua documentação é um instrumento útil para a avaliação do cuidado pelo gerenciamento das informações de enfermagem (FONTES; CRUZ, 2006).

A operacionalização do processo de enfermagem segundo a SAE acontece pela aplicação das fases de anamnese e exame físico do paciente, diagnóstico de enfermagem (DE), prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem (KLUCK *et al.*, 2003).

O estabelecimento de diagnósticos conduz a uma prestação de contas sobre o cuidado realizado pela enfermagem, criando a oportunidade de expor estes cuidados aos demais profissionais da área da saúde e à população (BENEDET; BUB, 1998). Além disso, a implementação de uma classificação diagnóstica na prática clínica permite aos enfermeiros nomear com maior clareza os focos do cuidado pelos quais são responsáveis (HAYAKAWA, 1990; CIANCIARULLO *et al.*, 2005).

Com a expansão do uso do DE, surgiu a necessidade de classificar o cuidado prestado com uma linguagem padronizada para propiciar uma sistematização das informações e, conseqüentemente, da assistência à saúde.

Atualmente, o enfermeiro pode consultar a NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK; CHIANCA, 2003).

As intervenções de enfermagem definem-se como cuidados baseados no julgamento clínico e no conhecimento científico, realizados pela equipe de enfermagem a fim de melhorar os resultados obtidos pelo paciente. Incluem os aspectos fisiológicos e psicossociais, sendo agrupados em 30 classes e 7 domínios (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2008).

A escolha adequada de intervenções inclui também a priorização criteriosa dos diagnósticos, o que é essencial especialmente nos casos dos pacientes com grande número de diagnósticos (VOLPATO; CRUZ, 2002).

Dessa forma, conhecer os diagnósticos mais freqüentes serve de preparação para realizar avaliações direcionadas para estes e os resultados a eles relacionados, assim como para realizar as intervenções necessárias para atingi-los (FONTES; CRUZ, 2006).

3.2 Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem é constituída pelas etapas de anamnese, exame físico, lista de problemas, identificação de DE, planos de cuidados e implementação. A interpretação reflete o julgamento clínico do profissional, a partir dos problemas de saúde levantados na anamnese e exame físico durante a primeira consulta, somado às novas informações, com definição de novos problemas. A conduta compreende a elaboração e registro do plano de cuidados a ser desenvolvido, que consta com as orientações e ações para DE levantados, encaminhamentos, exames solicitados, aprazamento de reconsultas e futuros cuidados a serem implementados (SANTOS; PASKULIN; CROSSETI, 2006).

Em nível de assistência básica à saúde, a consulta de enfermagem tem por função gerenciar a assistência em ações educativas, preventivas e de vigilâncias epidemiológica e sanitária (SILVA *et al*, 2001). Desse modo, o enfermeiro colabora com a equipe multiprofissional atuando como agente facilitador da comunicação e promovendo a continuidade do programa de prestação de cuidados ao cliente (SCAIN *et al*, 2007; GRILLO, GORINI, 2007).

3.3 Diabetes Mellitus

Segundo a *American Diabetes Association* (ADA), a DM pode ser classificada em tipos 1 (DM1), 2 (DM2), gestacional ou associada a outras condições ou síndromes. Enquanto a DM1 caracteriza-se por ausência de produção e secreção de insulina devido à destruição auto-imune das células beta das ilhotas de Langerhans do pâncreas, a DM2 caracteriza-se por deficiência relativa na produção de insulina, redução na sua ação e maior resistência a esse hormônio (ADA, 2003).

Ambos os casos levam a hiperglicemia, que pode resultar em complicações metabólicas agudas, como a cetoacidose diabética e síndrome não cetótica hiperosmolar hiperglicêmica, e em longo prazo, como complicações macrovasculares, microvasculares e neuropáticas (SMELTZER; BARE, 2005).

A incidência da DM2 aumentou nos últimos anos como resultado da interação genética e envolvimento de fatores de risco que são determinantes da doença. Dentre os fatores de risco pode-se destacar: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono, mudanças do estilo de vida, inatividade física, obesidade e maior sobrevivência da pessoa diabética (MALERBI; FRANCO, 1992; PEREIRA, 1995).

Um estudo descritivo exploratório caracterizou pacientes portadores de DM2 atendidos em uma unidade básica de saúde (UBS) de Porto Alegre, verificando o predomínio de mulheres (67%), idade entre 60 a 69 anos (34%), e 66% tendo como escolaridade de um a cinco anos de estudo. Além das características sociodemográficas, o estudo encontrou as seguintes comorbidades: hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 77% dos pacientes, dislipidemia em 48% e obesidade em 49% da amostra (GRILLO; GORINI, 2007).

Enquanto a DM1 atinge aproximadamente 5 a 10% das pessoas com DM e caracteriza-se por um início agudo comumente antes dos 30 anos, 90 a 95% apresentam a DM2, que é mais freqüente entre pessoas com mais de 30 anos de idade e obesas (CDC, 1999; 2002).

As principais manifestações clínicas da DM são: poliúria e polidipsia em consequência da perda excessiva de líquido associada à diurese osmótica, e

polifagia resultante do estado catabólico induzido pela deficiência de insulina e clivagem de proteínas e lipídios. Os outros sintomas compreendem fadiga, fraqueza, alterações visuais súbitas, dormência em extremidades, pele seca, lesões cutâneas com difícil cicatrização, e infecções recorrentes (SMELTZER; BARE, 2005).

Os critérios para diagnóstico médico de DM são: sintomas de diabetes mais concentração de glicose plasmática casual igual ou superior a 200 mg/dl, glicose plasmática em jejum superior ou igual a 126 mg/dl, glicose em 2 horas pós-carga igual ou superior a 200 mg/dl durante um teste de tolerância a glicose oral (ADA, 2003).

As principais metas do tratamento de pacientes com diabetes incluem normalizar a atividade de insulina e os níveis sanguíneos de glicose para controlar os sintomas agudos da doença, prevenir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas, bem como para promover a qualidade de vida. Dessa forma o enfermeiro que cuida de pacientes diabéticos deve ajudá-los a desenvolver habilidades no manejo do autocuidado (SMELTZER; BARE, 2005; BRANCHTEIN; MATOS, 2006).

O estudo *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS) demonstrou que o controle glicêmico rigoroso em DM2 reduz o desenvolvimento de retinopatia, nefropatia, neuropatia e vasculopatia, enfatizando também a importância do tratamento da hipertensão (UKPDS, 1998).

A terapêutica não farmacológica consiste primariamente em prescrição de dieta e atividade física, sendo a terapia inicial do DM2. Mesmo quando é necessário o uso de fármacos, a dieta e atividade física constituem-se em coadjuvantes indispensáveis (BRANCHTEIN; MATOS, 2006).

Uma pesquisa abordando pacientes com DM2 constatou que 75% realizavam tratamento medicamentoso, destes sendo 54% com hipoglicemiante oral, 12% com associação entre medicação oral e insulina, e 9% com apenas insulina. Quanto aos hábitos alimentares, foi observado que 42% dos diabéticos têm o hábito de ingerir açúcar frequentemente, e 54% de misturar mais de um carboidrato de absorção rápida por refeição (GRILLO; GORINI, 2007).

A terapia nutricional tem como objetivo promover o controle da ingestão calórica total para atingir ou manter um peso corporal razoável e controlar os níveis sanguíneos de glicose. Para pacientes que precisam de insulina para

ajudar a controlar os níveis sanguíneos de glicose, é essencial manter a maior consistência possível na quantidade de calorias e carboidratos ingeridos em diferentes horários de refeições (SMELTZER; BARE, 2005).

Além da alimentação adequada, o exercício diminui o nível de glicose no sangue ao aumentar a captação de glicose pelos músculos corpóreos e melhorar a utilização de insulina (SMELTZER; BARE, 2005). Também altera os níveis lipídicos sanguíneos, aumentando os níveis de lipoproteínas de alta densidade e diminuindo os níveis totais de colesterol e triglicerídios, sendo particularmente importante para a pessoa com diabetes devido ao risco aumentado para doença cardiovascular (QUINN, 2001).

O DM2 está associado a intolerância a glicose progressiva e lenta, o início pode passar despercebido por muitos anos, de modo que complicações podem se desenvolver até mesmo antes do diagnóstico (SMELTZER; BARE, 2005). O aparecimento de complicações crônicas classificadas como microvasculares – retinopatia, nefropatia e neuropatia – e macrovasculares – doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica – são responsáveis por expressiva morbimortalidade, com taxas de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, perda de sensibilidade e amputação de membros, além de pior qualidade de vida comparada aos indivíduos sem DM (BRASIL, 2006).

Um estudo que identificou características clínicas em pacientes diabéticos tipo 2 encontrou as seguintes complicações associadas: cardíacas em 30%, oftalmológicas em 28%, e renais em 9%, sendo que 15% dos pesquisados já haviam sofrido acidente vascular encefálico (AVE) no passado e 5% já havia sido submetido a amputações de membros inferiores em decorrência de complicações neurovasculares periféricas. Quanto ao convívio com a doença e adesão ao tratamento, 74% tinham dificuldades em conviver com a doença, 55% para aderir a dieta, e 66% não pratica exercício físico (GRILLO; GORINI, 2007).

Estudos demonstram que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é cerca de duas vezes mais freqüente entre indivíduos diabéticos, quando comparados à população em geral, e está presente em 50% dos pacientes no momento do diagnóstico da DM2 (DAVIDSON, 2001; TUOMILETHO, 2001; BRASIL, 2001). Assim o controle eficiente da HAS reduz significativamente a ocorrência de AVE, óbitos relacionados à DM, insuficiência cardíaca, complicações microvasculares e a perda visual (UKPDS, 1998).

Com relação à dislipidemia, os níveis elevados de colesterol compõem um fator de risco e aliados a altas taxas de concentração de triglicérides indicam maior associação com as doenças cardiovasculares (DAVIDSON, 2001; ADA, 2003).

3.4 Educação em DM

A educação para o autocuidado a paciente com DM consiste em um processo de ensino sobre como manejar a sua doença. Os objetivos da educação em DM são: implementar controle metabólico, prevenir complicações agudas e crônicas e proporcionar qualidade de vida com menores custos (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

Entretanto, a falta de motivação conjugada ao desconhecimento em relação às complicações da doença dificulta a adesão ao tratamento. As mudanças no estilo de vida para o autocuidado são difíceis de serem obtidas, mas podem ocorrer se houver uma estimulação constante, ao longo do acompanhamento com equipe multidisciplinar, não apenas na primeira consulta (GRILLO; GORINI, 2007).

Assim sendo, parte importante do acompanhamento do indivíduo com DM deve ser dedicada à prevenção, identificação e manejo destas complicações. O manejo requer uma equipe capacitada para tarefas específicas, incluindo a coordenação do plano terapêutico e das referências e contra-referências dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

4 MÉTODO

O presente estudo integra o projeto “Diagnósticos e intervenções em consulta de enfermagem no ambulatório de hospital geral” previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (nº 08-305) e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (Anexo 1). A amostra incluída neste estudo anterior foi de 237 pacientes que consultaram com enfermeiras dos programas de saúde da mulher e de educação em DM do ambulatório do HCPA, no período de outubro a novembro de 2008. Na ocasião, as variáveis em estudo (sociodemográficas, clínicas, diagnósticos e intervenções de enfermagem) foram coletadas por enfermeiras da equipe de pesquisa, conforme um instrumento elaborado para padronizar a coleta (Apêndice).

Todas as consultas de enfermagem foram realizadas em consultório, com duração média de 30 minutos. Os pacientes eram avaliados através da anamnese e exame físico que inclui aspectos subjetivos, manifestos pelos pacientes e/ou cuidadores não-formais; e os objetivos, coletados através do exame físico e de resultados dos exames laboratoriais. Após a avaliação, definiam-se os diagnósticos de enfermagem, segundo taxonomia da NANDA-I (2009) e as intervenções de enfermagem, a partir da classificação da NIC (2008). O registro das consultas foi feito em prontuário eletrônico, através de um sistema informatizado próprio da instituição. A coleta dos dados para a pesquisa foi realizada ao final de cada turno, direto dos prontuários *on line*.

O trabalho atual é um estudo transversal do banco de dados de 136 pacientes com diagnóstico médico de DM2 e que consultaram no programa de educação em DM. O mesmo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo 2) e as pesquisadoras assinaram um Termo de Compromisso para a análise do banco de dados (Anexo 3).

As variáveis serão apresentadas através número total (percentual), média e desvio padrão (\pm DP). Para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com as intervenções de enfermagem prescritas para a população de pacientes, utilizou-se o teste qui-quadrado e o teste t de *student*.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS, versão 16.0 e o nível de significância considerado será de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

A amostra total foi de 136 pacientes com diagnóstico médico de DM2 que consultaram no programa de educação em DM, sendo a maioria 57% (n=77) do sexo feminino. A média de idade (desvio padrão) foi de 66 ($\pm 9,38$; mínimo= 40 e máximo= 84) anos e a escolaridade de 7 ($\pm 3,63$; mínimo= 0 e máximo= 17) anos de estudo.

Os pacientes apresentaram as seguintes comorbidades: HAS (n=97; 71%), obesidade (n=54; 40%) e dislipidemia (n=36; 26%). A maioria (96%) usa regularmente pelo menos um tipo de medicação (n=131), sendo 71% (n=96) antidiabéticos, 62% (n=85) antagonistas sistema renina-angiotensina, 58% (n=79) antiplaquetários, 57% (n=78) diuréticos, 45% (n=61) hipolipemiantes, 43% (n=58) insulina, 37% (n=51) antagonistas adrenérgicos, 19% (n=26) bloqueadores de cálcio, e 15% (n=20) antidepressivos.

Um total de 22 DE foi identificado com frequência acima de 1% nos pacientes da amostra, com uma média de 1,5 ($\pm 0,64$) por paciente, sendo no mínimo um e máximo três DE (Tabela 1). Os cinco DE mais frequentes foram (Tabela 1): “Controle ineficaz do regime terapêutico” em 46% (n=62), “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais” em 15% (n=20), “Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico” em 12% (n=16), “Comportamento de saúde propenso a risco” em 10% (n=13) e “Controle eficaz do regime terapêutico” 9% (n=12). Observa-se que a maioria dos DE (n=130; 76%) pertencem ao domínio “Promoção da saúde”, de acordo com a taxonomia da NANDA (NANDA-I, 2009).

Na Tabela 2 encontra-se descrito as intervenções que foram implementadas a partir da identificação dos DE com maior frequência na amostra. A intervenção de enfermagem com maior ocorrência foi “Aconselhamento nutricional” em 73%(n=99) dos pacientes, sendo associada significativamente com os DE: “Controle ineficaz do regime terapêutico” (p=0,011); “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais” (p=0,002); e “Comportamento de saúde propenso a risco” (p=0,007).

Tabela 1 Freqüência dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a taxonomia II da NANDA-I (n=136)

Domínio n(%)	Diagnóstico de Enfermagem	n(%)
Promoção da Saúde 103(76)	Controle eficaz do regime terapêutico	12(9)
	Controle ineficaz do regime terapêutico	62(46)
	Disposição para controle aumentado do regime terapêutico	16(12)
	Comportamento de saúde propenso a risco	13(10)
	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	20(15)
Nutrição 29(21)	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	2(1)
	Risco volume de líquidos deficiente	3(2)
	Risco para glicemia instável	4(3)
	Diarréia	2(1)
Eliminação/Troca 4(3)	Eliminação urinária prejudicada	2(1)
	Mobilidade física prejudicada	2(1)
Atividade/Repouso 2(1,5)	Conhecimento deficiente	5(4)
Percepção/Cognição 15(11)	Dor aguda	8(6)
	Dor crônica	2(1)
	Pesar	3(2)
Tolerância ao estresse 10(7)	Sobrecarga de estresse	2(1)
	Ansiedade	5(4)
	Risco de trauma	2(1)
Segurança/Proteção 22(16)	Integridade da pele prejudicada	5(4)
	Integridade tissular prejudicada	8(6)
	Proteção ineficaz	3(2)
	Risco de infecção	4(3)

Nota NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association - International*)
 Excluídos os diagnósticos de enfermagem (DE) com freqüência menor que 1%.
 Em negrito os 5 DE mais freqüentes na amostra.

Não foram encontrados associação significativa entre os dados sociodemográficos e clínicos com as seis intervenções de enfermagem prescritas mais freqüentemente (Tabela 3).

Tabela 2: Associação entre diagnósticos e intervenções em consulta de enfermagem ambulatorial (n=136).

Diagnóstico de Enfermagem	Total n(%)	Intervenções de Enfermagem*					Enseino: medicamentos prescritos 24(18)
		Aconselhamento nutricional 99(73)	Promoção do exercício 64(47)	Enseino: cuidados dos pés 48(35)	Controle da hipoglicemia e hiperglicemia 32(23)	Controle hídrico 28(21)	
Controle ineficaz do regime terapêutico	62(46) <i>p value</i>	52(84) 0,011**	34(55) 0,121	22(35) <0,999	21(34) 0,014**	15(24) 0,397	12(19) 0,658
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	20(15) <i>p value</i>	20(100) 0,002**	11(55) 0,476	3(15) 0,045**	3(15) 0,405	4(20) <0,999	3(15) <0,999
Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico	16(12) <i>p value</i>	15(94) 0,069	12(75) 0,030**	4(25) 0,418	3(19) 0,762	5(31) 0,321	4(24) 0,483
Comportamento de saúde propenso a risco	13(10) <i>p value</i>	5(38) 0,007**	5(38) 0,571	8(61) 0,063	4(31) 0,504	2(15) <0,999	3(23) 0,701
Controle eficaz do regime terapêutico	12(9) <i>p value</i>	9(75) <0,999	6(50) <0,999	3(25) 0,539	---	---	3(25) 0,444

* Teste Exato de Fisher (qui-quadrado).

** $p < 0,05$

Tabela 3: Associação entre intervenções de enfermagem e características sociodemográficas e clínicas.

Variáveis	Total	Intervenções de Enfermagem											
		Aconselhamento nutricional		Promoção do exercício		Ensino: cuidados dos pés		Controle da hipoglicemia e hiperglicemia		Controle hídrico		Ensino: medicamentos prescritos	
		99(73%)	p	64(47%)	p	48(35%)	P	32(23%)	p	28(21%)	p	24(18%)	p
Sociodemográficas													
Sexo n(%)*													
Masculino	59(43)	41(30)	0,560	30(22)	0,490	25(18)	0,150	15(11)	0,687	11(8)	0,673	12(9)	0,503
Feminino	77(57)	58(43)		34(25)		23(17)		17(13)		17(13)		12(9)	
Idade**													
média (±DP)	66(9,38)	65,2(9,2)	0,392	64,3(9,3)	0,134	66, (7,0)	0,322	64,5(8,8)	0,410	66,2(6,6)	0,694	64,9(8,5)	0,685
Escolaridade**													
média (±DP)	7(3,63)	7,2(3,5)	0,883	7,1(3,4)	0,991	6,4(3,8)	0,086	6,3(3,6)	0,151	7(3)	0,810	6,9(3,5)	0,693
Clínicas: comorbidades													
HAS n(%)*	97(71)	73(75)	0,394	45(46)	0,829	35(36)	0,844	22(23)	0,815	21(22)	0,815	17(18)	<0,999
Obesidade n(%)*	54(40)	44(82)	0,078	27(50)	0,602	16(30)	0,278	14(26)	0,680	20(11)	<0,999	9(17)	<0,999
Dislipidemia n(%)*	36(26)	27(75)	0,829	17(47)	<0,999	10(28)	0,314	5(14)	0,168	10(28)	0,234	8(22)	0,447

* Teste Exato de Fisher (qui-quadrado).

** Teste t de student

*** p<0,05

6 DISCUSSÃO

De acordo com achados prévios, os resultados do presente estudo mostram que os dados sociodemográficos e clínicos da amostra são representativos da população com DM tipo 2, isto é, a média de idade foi de 66 ($\pm 9,38$) anos, a maioria sexo feminino (n=77; 57%), com prevalência de comorbidades (HAS=97; 71%) e uso de pelo menos um tipo de medicação (n=131; 96%) (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002; GRILLO; GORINI, 2007; SCAIN *et al*, 2007; 2009).

Os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes na população estudada foram no domínio “Promoção da saúde” (n=103; 76%), de acordo com a taxonomia II da NANDA (NANDA-I, 2009), diferentemente dos diagnósticos em pacientes com DM2 durante a internação hospitalar que predominou a classificação dos DE no domínio “Segurança/Proteção” (BECKER; TEIXEIRA; ZANETTI, 2008). É provável que esta diferença entre os domínios ocorra devido as diferentes fases do tratamento e da fisiopatologia da DM, sendo que na consulta de enfermagem o foco é na manutenção do controle metabólico através da educação para a saúde, enquanto na internação hospitalar a ênfase é para a estabilização da DM.

Considerando que não foi encontrada associação significativa entre os dados sociodemográficos e o diagnóstico médico de comorbidades com as intervenções de enfermagem, os achados deste estudo confirmam que a sistematização da assistência de enfermagem durante a consulta em ambulatório está embasada na avaliação clínica realizada pelo enfermeiro nos pacientes com DM2. Portanto, as intervenções de enfermagem foram prescritas priorizando criteriosamente os diagnósticos de enfermagem e considerando a resposta do paciente frente aos problemas médicos, aos planos de tratamento e às mudanças nas atividades da vida diária (VOLPATO; CRUZ, 2002).

Estudos prévios no nosso meio mostraram que a atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente com DM2 fundamentada na educação em saúde esteve associada significativamente ao controle glicêmico (SCAIN *et al*, 2007; 2009). Os autores relacionaram o achado ao fato do enfermeiro dedicar mais tempo para atender as necessidades específicas do paciente (SCAIN *et al*, 2007) e que um

programa educacional estruturado prescrito a pacientes com DM2, sem insulino terapia, em atendimento ambulatorial contribui significativamente para o controle metabólico e glicêmico (SCAIN *et al*, 2009).

Como podemos observar, as intervenções mais freqüentes, “Aconselhamento nutricional” e “Promoção do exercício”, em consulta de enfermagem ambulatorial, destacam a importância da assistência de enfermagem sistematizada, uma vez que estudos demonstram a falta de orientações sobre estilo de vida, tanto no momento do diagnóstico médico como nas consultas de manutenção em serviços de atenção básica (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

Além disto, as intervenções “Aconselhamento nutricional”, “Ensino: cuidados dos pés”, “Controle de hipo/hiperglicemia” foram associada com os diagnósticos “Controle ineficaz de regime terapêutico”, “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais”, e “Comportamento de saúde propenso a risco”. Estudos apontam para a necessidade de intervenções de enfermagem que abranjam orientações sobre características e sintomas da patologia (insensibilidade de membros inferiores, hipo/hiperglicemia, dentre outros), bem como mudanças de estilo de vida, são essenciais para o controle glicêmico e metabólico do paciente com DM2, resultando, por exemplo, em diminuição de internações e prevenção de morbidade (KNOWLOR; BARROT-CONNOR; FOWLER, 2002; PACE *et al*, 2006).

Outra pesquisa experimental concluiu que o exercício físico é de grande importância no controle glicêmico do indivíduo com DM2, tratado ou não com insulina, diminuindo a glicemia e a hemoglobina glicosada (SILVA; LIMA, 2002). Estudos demonstram que exercícios físicos regulares podem reduzir o risco de intolerância à glicose pela metade e os riscos de diabetes, além dos riscos de doença arterial coronariana (MANSON *et al*, 2001). Entretanto no estudo atual, a intervenção “promoção do exercício” esteve associado significativamente somente ao diagnóstico “disposição para o controle aumentado do regime terapêutico”, isto é, os pacientes que apresentavam maior motivação para o tratamento.

Como a educação em saúde para DM ocorre neste estudo durante 30 minutos de consulta, a implementação de intervenções com base nos DE prioritários, vem a reforçar a contribuição da SAE para qualificar o cuidado de enfermagem no controle da DM2.

7 CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos da educação para o autocuidado em DM2, as intervenções de enfermagem implementadas a partir dos diagnósticos identificados em consulta ambulatorial podem contribuir para o controle metabólico e glicêmico, a prevenção de complicações e conseqüente melhora da qualidade de vida do paciente diabético.

Ressalta-se ainda a necessidade de estudos sobre a aplicação do processo de enfermagem no atendimento de enfermagem em ambulatório, bem como pesquisas específicas sobre resultados de educação em saúde e processo de enfermagem.

A implementação de cuidados a partir de diagnósticos de enfermagem prioritários pode ser uma ferramenta para o controle metabólico de pacientes na fase de manutenção e justifica a importância da SAE em ambulatório.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Washington, v.26, n.1, p.5-20, 2003.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; GIGANTE, D.P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.88-95, 2001.

BECKER, T.A.C.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.6, p. 847-852, nov-dez 2008.

BENEDET, S.A.; BUB, M.B.C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. Florianópolis: Bernúncia, 1998.

BRANCHTEIN, L.; MATOS, M.C.G. Antidiabéticos. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p 832-844.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei do exercício profissional: Lei nº 7.498. de 25 de junho de 1986. In: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. **Legislação**. Porto Alegre, 2002. p.15-19.

_____. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2006. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, 16). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php> Acesso em 01 de maio de 2009

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Diabetes Cost-Effectiveness Study Group. The cost-effectiveness of screening for type 2 diabetes. **Journal of the American Medical Association**, Boston, v.280, p.1757-1763, 1999.

_____. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. **New England Journal of Medicine**, Boston, v.6, n.346, p.393-403, 2002.

CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANAKUBI, M.I. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**, 3ª ed. São Paulo: Ícone, 2005.

DAVIDSON, M.B. Complicações do diabete mellitus, implicações para os cuidados primários. *In*: _____ **Diabete mellitus: diagnóstico e tratamento**. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2001.

DOCHTERMAN, J.M; BULECHEK, G.M.; CHIANCA, T.C.M. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) – avaliação e atualização. **Revista Técnica de Enfermagem Nursing**, v. 67(6), p. 34-40, 2003.

FONTES, C.M.B.; CRUZ, D.A.L. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.41, n.03, p.395-402, maio 2006.

GRILLO, M.F.F.; GORINI, M.I.P.C. Caracterização de pessoas com *Diabetes Mellitus* tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.1, n.60, p.49-54, jan-fev, 2007.

GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de *diabetes mellitus* tipo 2. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.15, n.1, p.37-44, jan-abr 2002.

HAYAKAWA, S.I. **Language in thought and action**. 5 ed. San Diego: Harcourt Brace, 1990.

INTERNATIONAL FEDERATION OF DIABETES (IDF). Disponível em www.idf.org
Acesso em 01 de Maio de 2009.

IYER, P.W.; TAPTICH, B.I.; BERNOCHCHI, D. **Processo e Diagnóstico de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLUCK, M.; GUIMARÃES, J.R.; VIEIRA, D.F.; SILVEIRA, I.P. **Manual do prontuário do paciente**. Porto Alegre: HCPA, 2003.

KNWLOR, W.C.; BARROTT-CONNOR, E.; FOWLOR, S.E. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. **New England Journal of Medicine**, Boston, n.346, p. 393-403, 2002.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of *diabetes mellitus* and impaired glucose tolerance in the urban brasilian populacion: age 30-69. **Diabetes Care** , v.11, n.15, p.1509-1516, 1992.

MANSON, J.E; *et al.* Diet, lifestyle, and risk of type 2 *diabetes mellitus* in woman. **New England Journal of Medicine**, Boston, n.345, p.790-797, 2001.

MCCLOSKEY, J.; BULECHECK, G.M. **Classificação da Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION (org). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA International: definições e classificação – (2009/2011)**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

OTERO, L.M.; ZANETTI, M.L.; OGRIZIO, M.D. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.2, n.16, p.231-237, mar-abril, 2008.

PACE, A.E.; FOSS, M.C.; OCHOA-VIGO, K.; HAYASHIDA, M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo do autocuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.5, set-out 2006.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

QUINN, L. Type 2 diabetes: epidemiology, pathophysiology and diagnosis. **Nursing Clinics of North American**, St. Louis, v.2, n.36, p.175 – 192, 2001.

SANTOS, B.R.L.; PASKULIN, L.M.G.; CROSSETI, M.G.O. Consulta de Enfermagem: sistematização do cuidado. In: TASCA, A.M; SANTOS, B.R.L.; PASKULIN, L.M.G.; ZACHIA, S.A. **Cuidado Ambulatorial: consulta de enfermagem e grupos**. Rio de Janeiro: EPU, p.21-28, 2006.

SCAIN, S.F.; SANTOS, B.L.; FRIEDMAN, R.; GROSS, J.L. Type 2 diabetic patients attending a nurse educator have improved metabolic control. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v.77, p.399-404, feb 2007

SCAIN, S.F.; FRIEDMAN, R.; GROSS, J.L. A structural educational program improves metabolic control in patients with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator**, v.35, n.4, jul-aug 2009.

SILVA, C.A.; LIMA, W.C. Efeito Benéfico do exercício físico no controle metabólico do *diabetes mellitus* tipo 2 à curto prazo. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia do Metabolismo**, São Paulo, v.46, n.5, p.550-555, out. 2002.

SILVA, E.M.; NOZAWA, M.R.; SILVA, J.C.; CARMONA, S.A.M.L.D. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v.4, n.17, p.989-998, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v.3, 2005. p.1215-1273.

TASCA, A.M. Cuidando e pesquisando: o significado do cuidado para o adulto em condição crônica de saúde. In: TASCA, A.M; SANTOS, B.R.L.; PASKULIN, L.M.G.; ZACHIA, S.A. **Cuidado Ambulatorial: consulta de enfermagem e grupos**. Rio de Janeiro: EPU, p. 21-28, 2006.

TUOMILETHO, J. Prevention of type diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **New England Journal of Medicine**, Boston, v.8, n.344, p.1343-1350, 2001.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS). Effect of intensive bloodglucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes: UKPDS 34. **Oxford**, v.12, n.352, p.854-865, 1998.

VOLPATO, M.P.; CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n.2, 2002.

APÊNDICE - Protocolo de coleta

1.DATA:-----

2.ENFERMEIRO:-----

3.ZONA:-----

4.NÚMERO DO PRONTUÁRIO;-----

5. DIAGNÓSTICO MÉDICO:- -----

6. NÚMERO DA CONSULTA: -----

7.SEXO FEM:----- MAS:-----

8.IDADE em ANOS:-----

9. ESCOLARIDADE EM ANOS (NÃO ANOTAR OS ANOS DE REPROVAÇÃO);-----

ANALFABETO:- -----FUNDAMENTAL:-----MEDIO:-----SUPERIOR:-----

10. MEDICAMENTOS

11.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.	FATOR RELACIONADO

12.INTERVENÇÕES:

ANEXO 1 – Carta de Aprovação da Pesquisa (HCPA)



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 08-305

Pesquisadores:

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT
ELENARA FRANZEN
ELIANE GOLDBERG RABIN
MARIA LUIZA SCHMIDT
NINON GIRARDON DA ROSA
SUZANA DE AZEVEDO ZACHIA
SUZANA FIORE SCAIN

Título: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES EM CONSULTA DE ENFERMAGEM NO
AMBULATÓRIO DE HOSPITAL GERAL

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Porto Alegre, 28 de agosto de 2008.

Prof. Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO 2 – Carta de Aprovação da Pesquisa



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: TCC 10/09
Versão 09/2009

Pesquisadores: Luciana Batista dos Santos ; Elizeth Heldt

Título: Intervenções de enfermagem para pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 09 de Setembro de 2009.



Profª Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO 3 – Termo de compromisso para utilização de dados



Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM <i>DIABETES MELLITUS</i> TIPO 2 EM CONSULTA AMBULATORIAL	Cadastro no GPPG 08-350
--	---

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

Porto Alegre, 03 de julho de 2009.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Elizeth Heldt	
Luciana Batista dos Santos	